

*Kari Konki, Juhani Laine*

## **Suun terveydenhuollon erikoissairaan- hoidon järjestämisestä koskevat periaat- teet 2020-luvulla**

---

Selvityshenkilöiden raportti

## KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	1.2.2017
Tekijät	Toimeksiantaja
Kari Konki, Juhani Laine	Sosiaali- ja terveysministeriö

## Muiston nimi

Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla

## Tiivistelmä

■ Sosiaali- ja terveysministeriö sopi selvityshenkilöiden Kari Konkin ja Juhani Laineen kanssa selvitystyön tekemisestä suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon työnjaon toteuttamisesta sairaalahoidossa. Selvitys tarkastelee suu- ja leukakirurgian ja hammaslääketieteen kliinisten erikoisalojen hoitojen työnjaon toteuttamista yliopisto- ja keskussairaalatasolla. Aikaisemmat selvitykset ovat osoittaneet, että tarvitaan nykyistä selkeämpää hoidon järjestämisen työnjakoa sairaaloiden välillä. Selvityshenkilöt arvioivat myös erikoissairaanhoitotasoisien hoidon tarpeen lisääntymistä väestössä jatkossa.

Selvityshenkilöt esittävät kasvojen ja leukojen kirurgiaa keskitettäväksi vaativuuden mukaan porrastetusti eri sairaalatasoille. Hammaslääketieteen kliinisten erikoisalojen kohdalla työnjako perustuu joko kirurgisen hoidon keskittämistarpeeseen, sairauden harvinaisuuteen tai monialaiseen hoidon tarpeeseen.

Selvityshenkilöt esittävät, että suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen toimivuuden ja palvelujen saatavuuden parantamiseksi tarvitaan nykyistä selkeämpää työnjakoa sairaalatoiminnassa. Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidossa on tärkeää monien lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen yhteistyön tarve. Erityistason palvelujen toimivaa kokonaisuutta ja hoitoketjujen tehostamista voidaan suun terveydenhuollossa toteuttaa osana sote -uudistusta.

## Asiasanat

suun terveydenhuolto, palvelut, erikoissairaanhoito, sosiaali- ja terveydenhuolto, sote-uudistus

Sosiaali- ja terveysministeriön  
raportteja ja muistioita 2017:9

Muut tiedot  
[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

ISSN-L 2242-0037  
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)  
ISBN 978-952-00-3859-5  
URN:ISBN: 978-952-00-3859-5  
<http://urn.fi/> URN:ISBN: 978-952-00-3859-5

Kokonaissivumäärä  
52

Kieli  
suomi

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	1.2.2017
Författare	Uppdragsgivare
Kari Konki, Juhani Laine	Social- och hälsovårdsministeriet

## Promemorians namn

Principer om ordnande av den specialiserade munhälsovården på 2020-talet.

## Sammandrag

■ Social- och hälsovårdsministeriet avtalade med utredarna Kari Konki och Juhani Laine om att utföra en utredning av arbetsfördelningen för den specialiserade munhälsovården i sjukhusvård. Utredningen granskar arbetsfördelningen vid de mun- och käkkirurgiska och odontologiska kliniska specialiteterna på universitets- och centralsjukhusnivå. Tidigare utredningar har visat att det behövs en klarare arbetsfördelning mellan sjukhusen när det gäller ordnandet av vården. Utredarna utvärderade också ökningen av vård på specialistsjukhusnivå bland befolkningen framöver.

Utredarna föreslår att ansikts- och käkkirurgi centraliseras stegvis enligt kravnivå på olika sjukhusnivåer. När det gäller de kliniska specialiteterna inom odontologi baserar sig arbetsfördelningen antingen på behovet av att centralisera den kirurgiska vården, sjukdomens sällsynthet eller behovet av multiprofessionell vård.

Utredarna anser att det behövs en klarare arbetsfördelning i sjukhusverksamheten för att förbättra funktionen för och tillgången till specialiserad munvård och primärservice. Inom specialiserad munvård är samarbetet mellan många medicinska och odontologiska specialiteter viktigt. En fungerande helhet inom specialiserad service och effektivisering av vårdkedjorna kan genomföras som en del av social- och hälsovårdsreformen inom munvården.

## Nyckelord

munvård, service, specialiserad sjukvård, social- och hälsovård, social- och hälsovårdsreformen

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:9

Övriga uppgifter  
[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

ISSN-L 2242-0037  
ISSN 2242-0037 (nätpublikation)  
ISBN 978-952-00-3859-5  
URN:ISBN: 978-952-00-3859-5  
<http://urn.fi/> URN:ISBN: 978-952-00-3859-5

Sidoantal: 52  
Språk: finska

# SISÄLLYS

1. Toimeksianto .....	5
2. Tiivistelmä .....	6
3. Johdanto .....	9
3.1. Terveydenhuollon kehittyminen .....	9
3.2. Yhteiskunnan kehittyminen .....	10
3.3. Keskittämisen hyvät ja huonot puolet .....	10
3.4. Keskittämisen vaikutukset .....	10
3.5. Keskittäminen ERVA- alueen tai maakunnan sisällä .....	12
4. Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon toteutuminen .....	12
4.1. Erikoishammaslääkäreiden määrä ja sijoittuminen suun terveydenhuollossa .....	12
4.2. Hoitoon pääsyn toteutuminen suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidossa .....	14
4.3. Hoitoketjujen toimivuus .....	14
5. Väestön hoidon tarpeen muutosten heijastuminen suun terveydenhuoltoon .....	16
6. Esitys suu- ja leukakirurgisen hoidon työnjaoksi .....	18
6.1. Suu- ja leukakirurgisten hoitojen keskittäminen Suomessa .....	18
6.2. Esitys .....	21
7. Esitys erikoissairaanhoitotasaisen erikoishammashoidon porrastuksesta ja sisällöstä kliinisen hammashoidon, hampaiston oikomishoidon ja hammaslääketieteellisen diagnostiikan erikoisaloilla .....	22
7.1. Erikoishammashoidon porrastuksesta ja sisällöstä erikoissairaanhoidossa .....	22
7.2. Esitys .....	23
8. Esitys palvelurakenteiden kehittämiseksi .....	26
9. Esityksen vaikutuksen arviointi .....	28
11. LIITTEET .....	30

# 1. TOIMEKSIANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi erikoishammaslääkäri Kari Konkia Kuopiosta ja erikoishammaslääkäri Juhani Lainetta Turusta 25.11.2016 selvittämään suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon porrastusta ja keskittämistä sairaalajärjestelmän sisällä osana valtakunnallista erikoissairaanhoidon keskittämistä. Selvityksen tuli olla valmiina vuoden 2016 loppuun mennessä. Kiitämme ministeriötä luottamuksesta selvityksen tekemiseen.

Kari Konki  
Suu- ja leukakirurgian  
erikoishammaslääkäri  
Apulaisylihammaslääkäri  
Kuopion yliopistollinen sairaala

Juhani Laine  
Protetiikan ja purentafysiologian  
erikoishammaslääkäri  
Ylihammaslääkäri  
Turun yliopistollinen keskussairaala

## 2. TIIVISTELMÄ

### **Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla**

Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidossa hoidetaan suun, leukojen ja kasvojen alueen sairauksia, kehityksellisiä häiriöitä, vaikeita tulehduksia, vammoja ja muita tiloja, joiden hoito edellyttää sairaalaolosuhteita, useiden eri lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen välistä yhteistyötä tai hoidon keskittämistä tapausten vaativuuden tai harvalukuisuuden vuoksi. Potilasmäärät suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidossa ovat nousseet 2010-luvulla voimakkaasti ja kasvun odotetaan jatkuvan seuraavalla vuosikymmenellä väestön ikääntyessä. Operatiivisten erikoisalojen ja sairaaloiden työnjakoa uudistetaan Suomessa. Uudistuksen keskeisiä tavoitteita ovat osaamisen kokoaminen riittävän suuriin yksiköihin, päivystysvalmiuden turvaaminen, hoitoidikaatioiden yhtenäistäminen, hoidon laadun arvioinnin kehittäminen, uuden teknologian aiheuttamien kustannusten hallinta ja potilasturvallisuuden lisääminen. Tässä selvityksessä on arvioitu suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon työnjakoa huomioiden suunnitellut lääketieteen operatiivisten erikoisalojen työnjaon ja päivystysuudistuksen aiheuttamat muutostarpeet. Selvityksessä esitetään suun terveydenhuollon erityistason hoitoa keskitettäväksi seuraavasti:

#### **1. Valtakunnallisesti yhteen yliopistolliseen sairaalaan keskitettävä hoito (HYKS)**

■ Erittäin vaativa kasvojen ja leukojen alueen syöpä- ja deformiteettikirurgia ■ Edellä mainittuihin tiloihin liittyvä välttämätön muu erikoishammashoito ■ Elinsiirtoa odottavien potilaiden hoidon suunnittelu ja hoito pääosin ■ Hammas- ja suusairauksien hoito lasten synnynnäisten sydänsairauksien, elinsiirtojen ja hematologisten kantasolusiirtojen yhteydessä.

Huuli-suulakihalkioiden primäärileikkauksia tehdään Suomessa sekä Helsingin Huuli-suulakihalkio-keskuksessa että Oulun Halkiokeskuksessa. Uusia halkiotapauksia ilmenee Suomessa vuosittain noin 120, joista Oulussa hoidetaan noin 20 - 30. Molemmissa keskuksissa tehdään myös muita kuin primäärileikkauksia. Molemmissa keskuksissa on monialainen halkiotiimi hoitamassa potilaiden leikkauksia ja kuntoutusta. Oulun Halkiokeskus perustettiin toiseksi Suomen keskuksiksi vuonna 2006 alueellisten näkökohtien perusteella. Halkioiden esiintyminen ei ole muuttunut vuosien varrella ja näin ollen päätös kahden keskuksen toiminnan ylläpitämisestä on edelleenkin ratkaistava muiden seikkojen kuin lisääntyneen hoidon tarpeen perusteella. Halkiohoidon keskittämisestä suositellaan lisäselvityksen tekemistä.

#### **2. Vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät hoidot**

■ Leukanivelproteesikirurgia ja siihen liittyvät hoitokokonaisuudet ■ Kasvoproteesihoito ja siihen liittyvä kirurgia.

### 3. Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät hoidot

Suu- ja leukakirurgiassa:

■ Syöpäkirurgia ja siihen liittyvä korjaava kirurgia ■ Avonivelkirurgia lukuun ottamatta proteesikirurgiaa ■ Vaikeat kasvo- ja leukavammat ■ Vaativat kasvojen ortopediset leikkaukset ■ Kudossiirteitä vaativat leukaluun osteonekroosileikkaukset.

Muiden hammaslääketieteen kliinisten erikoisalojen keskittäminen yliopistosairaaloihin perustuu joko kirurgisen hoidon keskittämistarpeeseen, sairauden harvinaisuuteen tai monialaisen hoidon tarpeeseen. Yliopistosairaaloihin olisi keskitettävä:

■ Lasten syöpäsairauksien aikainen suusairauksien hoito ■ Hematologisen kantasolu- tai elinsiirron saaneiden lasten suusairauksien hoito ■ Kaltoin kohtelulle altistuneiden lasten suusairauksien hoito ■ Syndrooma- ja halkiolasten hammashoito yhteistyössä HYKS:n kanssa ■ Alle 3-vuotiaiden ja yleissairaiden lasten anestesiahammashoito ■ Monialaista lääketieteellistä hoitoa vaativien ja pitkäaikaissairaiden lasten suun ja hampaiston hoito ■ Halkio- ja syndroomapotilaiden oikomishoito, joka ei vaadi valtakunnallista keskittämistä ■ Oikomishoito osana ortognaattis-kirurgista hoitoa tai muiden kehityksellisten tilojen keskitettyä ja monialaista hoitoa ■ Vaikean uniapneataudin apneakiskohoito ja hoidon ohjaus ■ Harvinaisten hampaiden kiinnityskudossairauksien diagnostiikka ja hoito ■ Eräiden lääketieteellisten riskipotilaiden kiinnityskudossairauden tai hammasimplanttiin liittyvän tulehduksen hoito ■ Kiinnityskudossairauden hoito osana yliopistosairaalaan keskitettyä muuta hoitokokonaisuutta ■ Pään ja kaulan alueen syöpäpotilaan purennan kuntoutus osana monialaista syöpähoitoa ■ Hampaiston harvinaisten perinnöllisten kehityksellisten häiriöiden diagnostiikka ja hoito, purennan kuntoutus laajojen kasvo- ja leukavammojen sekä vaikeiden leukanivelsairauksien yhteydessä ■ Kasvokivun hoito osana monialaista kivunhoitoa ■ Hoitoresistentit ja harvinaiset suun limakalvosairaudet ■ Suun ja hampaiston alueen tulehdusten hoito eräiden perustautien yhteydessä, jolloin hoito liittyy perustaudin keskitettyyn hoitoon yliopistosairaalassa.

Muiden sairaaloiden osalta työnjaosta sovitaan yliopistosairaaloiden yhteistyöalueilla.

Selvityksessä on arvioitu myös suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon toimivuutta. Vaativan sairaaloissa annettavan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitoketjujen toimivuuden tehostamiseksi ja yhteneväisen hoidon saatavuuden parantamiseksi suun terveydenhuollossa on tehtävä merkittäviä rakenteellisia muutoksia. Sairaaloiden suu- ja leukasairauksien yksiköt ovat huonosti resursoituja, terveyskeskusten antamaa peruserikoissairaanhoidoa on tarjolla vain suurimpien kaupunkien alueella, eikä yksityisen terveydenhuollon antama erikoishammaslääkärihoito ole mahdollista huomattavalle osalle väestöstä joko etäisyyksien tai taloudellisten seikkojen vuoksi. Samanaikaisesti erikoishammaslääkärikunnasta noin puolet siirtyi eläkkeelle seuraavalla vuosikymmenellä.

Kuvattujen rakenteellisten epäkohtien korjaamiseksi selvityksessä esitetään useita ehdotuksia. Sairaalayksiköiden voimavaroja tulee lähivuosina tarkastella huomioiden ympärivuorokautisen päivystyksen toteutus, vaativan hoidon keskittämistarpeet ja toisaalta alueellisen palvelutoiminnan säilyminen haja-asutusalueilla, väestön ikääntymisen aiheuttama hoidon tarpeen lisääntyminen sekä erikoistumiskoulutuksen lisäämistarpeet. Yliopistosairaaloille olisi annettava aiempaa laajemmat valtuudet yhteistyösopimuksen puitteissa suunnitella, järjestää ja valvoa erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon työnjakoa. Ohjauksen tulee sisältää myös

työvoiman liikkuvuuteen liittyviä valtuuksia. Sekä sairaaloiden että ERVA- alueiden välinen vertaisarviointi tulisi käynnistää myös suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidossa.

Toimiva perusterveydenhuollon erikoishoito on edellytys palveluketjujen sujuvuudelle. Perusterveydenhuollon erikoishoidon järjestäminen edellyttää avoterveydenhuollon erikoishammaslääkäripalvelujen maakunnallista uudelleen järjestelyä ja voimavarojen uudelleen kokoamista sekä sähköisten palvelujärjestelmien kehittämistä.



### 3. JOHDANTO

Hoitojen keskittämällä tarkoitetaan palveluiden ja erilaisten hoitojen kokoamista harvempiin ja yleensä suurempiin yksiköihin. Erikoissairaanhoidossa tämä tehdään joko valtakunnallisesti tai alueellisesti. Hoidot voidaan myös keskittää joko kokonaan tai vain ydinosaan, jolloin tärkein hoidon osa tehdään keskitetysti ja muu osa hajautetusti. Suun terveydenhuollossa tyyppillinen tällainen asia on huuli-suulakihalkioiden hoito, jossa hoidon suunnittelu ja primaari-leikkaukset tehdään tällä hetkellä Helsingissä tai Oulussa ja sekundaarileikkaukset ja muu oheishoito voidaan tehdä potilaan oman kotipaikkakunnan lähellä erikoissairaanhoitona.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia järjestivät konsensuskokouksen Helsingin Hanasaareissa vuonna 2003, jossa ansiokkaasti kartoitettiin keskittämisen etuja ja haittoja suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Kokouksen osallistujina oli suomalaisen terveydenhuollon ja politiikan sekä median edustajia. Kokouksen perusajatukset ovat edelleen ajankohtaisia ja paikkaansa pitäviä, vaikka aikaa on kulunutkin jo toistakymmentä vuotta (1).

Keskittämällä pyritään saavuttamaan taloudellisia etuja, mutta myös kohottamaan hoidon laatua, jolloin väestön palvelu paranisi ja useammat ihmiset voitaisiin ottaa tarvitsemiensa palveluiden piiriin. Laadun paraneminen edellyttää hoitotulosten tarkkaa seuranta, mikä onnistuu paremmin isoissa yksiköissä, jossa toimenpiteitä tehdään enemmän. Suun terveydenhuollon alalla useimpien erikoissairaanhoidon toimenpiteiden lukumäärä isoissa sairaaloissa jää sen verran alhaiseksi, että lukumäärään perustuvia seurantoja ja vertailuja on vaikeaa tehdä. Näyttää kuitenkin tutkimusten valossa siltä, että laadun kohoaminen on pikemminkin seurausta hoitokäytäntöjen hiomisesta kuin lukumäärän lisäyksestä. Hoitokäytännöistä sopiminen ja huonojen käytäntöjen tunnistaminen ja hylkääminen on helpompaa suurissa yksiköissä. Käytäntöjen kehittäminen on helpompaa suurissa yksiköissä silloin, kun tarve on sellaisista oheispalveluista, kuten erityiskuvantaminen, jotka palvelevat samalla kaikkia muitakin lääketieteen erikoisaloja. Tuotantokustannukset voidaan jakaa useampaa toimenpidettä kohden isommissa yksiköissä ja hankinnat voidaan keskittää, mikä johtaa yksikkökustannusten laskuun. Voimakas keskittäminen vaatii kuitenkin investointeja lisääntyvän työmäärän vuoksi. Suun terveydenhuollon henkilökunnan määrä Suomen sairaaloissa on vaatimaton lisääntyvään hoidontarpeeseen nähden.

#### 3.1. TERVEYDENHUOLLON KEHITTYMINEN

Kehityksen myötä erikoistuminen syvenee myös suun terveydenhuollon alueella. Näin ollen eri erikoisalojen hammaslääkärit eivät kykene korvamaan enää toisiaan, koska työnkuvat eivät juuri mene päällekkäin. Erikoisalojen sisällä tällaista tilannetta ei vielä ole syntynyt, vaikka sitä kohti tulevaisuudessa mennään. Potilaan hyvän hoidon kannalta sairaalassa tarvitaan siis eri erikoisalojen osaajia, mikä täytyy hoitaa joko virkojen tai ostopalveluiden avulla. Isoissa sairaaloissa etuna on myös muiden lääketieteen osa-alueiden mahdollistama yhteistyö, jota kaikilta osin ei ole saatavissa pienemmissä yksiköissä. Lääketieteen kehittyessä ja julkisuuden kasvaessa potilaat tulevat ja ovat tulleet entistä tietoisemmiksi parhaista olemassa olevista hoitomahdollisuuksista ja osaavat myös vaatia niitä perusoikeutenaan. On ehdottoman tärkeää tehdä suomalaisessa terveydenhuollossa linjanveto minkä tason hoitoja potilaille julkisella sektorilla tarjotaan ja missä. EU-lainsäädäntö antaa nykyisinkin mahdollisuuden hakea hoitoa muusta maasta kuin Suomesta. Tämä koskee samalla tavoin suun terveydenhuoltoa kuin muitakin terveydenhuoltoa. Potilasturvallisuuteen pitää kiinnittää enemmän huomiota lainsäädän-

nönkin perusteella ja tämä vaatii monipuolista osaamista ja syvempää erikoistumista henkilökunnalta sekä myös investointeja välineistöön ja laitteisiin, jotta ne pysyvät ajantasaisena.

Kuvantamisen ja laboratoriotekniikan kannalta tiedonsiirron nopeutuminen on saanut aikaan sen, että diagnostiikka voidaan tehdä Suomen rajojen ulkopuolellakin. Kuvantaminen ja näytteiden otto sen sijaan voidaan tehdä hajautetusti, kun logistiikka on järjestetty huolellisesti. Näinhän toimitaan esimerkiksi urheilijoiden dopingnäytteiden kanssa. Suun terveydenhuollossa kuvantamislaitteita on olemassa ympäri maata sekä julkisella että yksityisellä sektorilla eikä näitä laitteita tarvitse hankkia erikoissairaanhoidon pelkästään suun terveydenhuollon tarpeiden vuoksi.

### 3.2. YHTEISKUNNAN KEHITTYMINEN

Suomessa muuttoliike on suuntautunut koko ajan enemmän kohti suuria kaupunkeja ja Etelä-Suomea. Tämä puoltaa keskittämistä suuria yksiköitä, jolloin yhä suurempi osa väestöstä saadaan lyhyellä välimatkalla hoidon piiriin. Toisaalta osalle väestöstä välimatkat kasvavat kohtuuttoman pitkiksi ja tämä saattaa johtaa diagnoosin ja hoidon viivästymiseen, mikäli lähi-alueilla ei ole saatavissa erikoissairaanhoidon palveluja. Muuttoliikkeen suuntautuminen kaupunkeihin koskee samalla tavoin myös hoitohenkilökuntaa. Elämä kaupunkilaistuu ja vapaa-ajan arvostaminen kasvaa. Tämän myötä työhön sitoutuminen on muuttunut. Pienissä sairaaloissa ajatusten vaihto kollegojen kanssa voi olla vaikeaa, jos kollegoja ei ole.

### 3.3. KESKITTÄMISEN HYVÄT JA HUONOT PUOLET

Yleensä katsotaan suuren volyymin liittyvän parempaan laatuun. Yksittäisesti sairaala- tai lääkärikohtaisesti tällaista ei ole kyetty osoittamaan. Selvää yksittäistä syytä ei ole yhden yksikön hyvään tai huonoon tulokseen. Näin ollen pienen erikoisalalan, kuten suun terveydenhuollon keskittämisen päätösten on perustuttava muihin argumentteihin kuin volyymin lisääntymiseen perustuvaan laatuun. Keskitettyssä yksikössä järjestelmä ei ole niin haavoittuvainen ja riippuvainen yhdestä yksilöstä kuin hajautetussa mallissa. Myös potilaan valinnanvapauden toteutuminen hoitavan lääkärin suhteen on mahdollista isossa yksikössä. Sairaalan eri toimintoja on helppo hyödyntää isossa yksikössä. Loma-aikoina ja viikonloppuina toiminta ei katkea. Toisaalta potilaan aikaa saattaa kulua enemmän, kun mukaan lasketaan matka-ajat ja hoitavan lääkärin vaihtuminen lähes joka käyntikerralla voi olla joillekin potilaille rasittavaa. Palvelu voi olla persoonattomampaa eikä potilaan elinoloja ja – ympäristöä tunneta niin hyvin kuin pienessä yksikössä. Yksittäisten hoitotoimenpiteiden, kuten leikkausten ollessa kyseessä, matka-ajalla ei katsota olevan niin suurta merkitystä, koska kyse on kuitenkin vain kertaluonteisesta hoidosta. Sen sijaan pitkissä useita käyntejä vaativissa hoidoissa, kuten protetiikassa matkoilla ja menetetyllä työajalla on suuri merkitys. Palvelukirjo on pienessä yksikössä vähäisempi ja potilas saattaa jopa jäädä ilman hoitoa, jos eri erikoisalajien tarjoamia hoitomahdollisuuksia ei tunneta.

### 3.4. KESKITTÄMISEN VAIKUTUKSET

Keskittäminen tuo tasa-arvoa potilaiden välille, mikäli hoitoperiaatteet ja kiireellisyyden arviointi tulevat yhdenmukaiseksi koko maassa. Tällä hetkellä suun terveydenhuollossa nämä periaatteet eivät täysin toteudu. Yhdenmukaiset hoitoperiaatteet ja – käytännöt lisäävät myös laatua ja tehokkuutta, mikä osaltaan voi lyhentää myös jonoja. Iso yksikkö pysyy toiminnassa myös loma-aikoina ja pystyy tarjoamaan laajemmat konsultaatio- ja oheispalvelut. Kustannusten säästö on periaatteessa mahdollista, mutta säästöt saattaa syödä lisääntyvä investointien

tarve ja uusien hoitokäytäntöjen ja -mahdollisuuksien laajeneminen suuremmalle potilasmateriaalille, mikä tulee kalliimmaksi.

Hoidon saanti vaikeutuu, jos hoitomatkat ovat pitkiä. Useita käyntejä vaativissa hoidoissa palvelu tulisi saada lähietäisyydeltä. Hoidon saanti potilaan omalla äidinkielellä tulee turvata, kuten laki edellyttää. Tämä ongelma kärjistyy ruotsinkielisen Pohjanmaan alueella, ei niinkään Etelä-Suomessa. Myös saamenkieliset tulee ottaa huomioon palveluiden tarjonnassa.

Potilas voi nykyisin valita hoitopaikkansa ja keskittämisen yhteydessä potilaan valinnanvapaus laajenee siinä mielessä, että potilas voi helpommin valita myös hoitavan lääkäriinsä. Valinnanvapauslainsäädäntö on valmistumassa ja se tulee määrittämään tarkemmin vaihtoehdot.

Perusterveydenhuollon valmiutta ja toimivuutta tulee parantaa, jotta erikoissairaanhoidossa hoidettaisiin juuri oikeita potilaita. Tällä hetkellä erikoissairaanhoito ei pysty vastaamaan perusterveydenhuollon kysyntään senkään vuoksi, että erikoissairaanhoidossa on suuri määrä potilaita, jotka eivät tarvitsisi sairaalatasoista hoitoa, mutta jotka silti ovat tavalla tai toisella riskipotilaita. Perusterveydenhuolto ei uskalla eikä sen ole järkevääkään hoitaa tällaisia potilaita omien valmiuksien ja konsultaatioavun puuttumisen vuoksi. Tämä johtaa myös siihen, että potilaat jäävät helposti kokonaan ilman tarvitsemaansa hoitoa, jos erikoissairaanhoidon kriteerit eivät täyty. Hoitoketjun sujuvuuden kannalta sähköiset lähete- ja konsultaatiokäytännöt, joissa myös kuvantaminen on mukana, helpottavat kahdensuuntaista viestintää ja madaltavat raja-aitoja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Edellytyksenä on tietenkin yhteensopivien ja toimivien tietojärjestelmien olemassaolo. Tämä saattaa vähentää myös potilaiden käyntejä erikoissairaanhoidossa. Hoitoketjun kannalta monessa suuressa kaupungissa (Helsinki, Tampere, Oulu) toimii jo nyt suun erikoissairaanhoidon yksikkö, joka ei ole suorassa yhteydessä sairaalaan. Näissä hoidetaan erikoissairaanhoitotasosta hoitoa vaativat potilaat, jotka eivät kuitenkaan tarvitse sairaalan oheispalveluita. Yksityissektorin kytkeminen näihin yksiköihin on helpompaa kuin sairaaloihin. Näiden avulla voisi olla mahdollista käyttää hyväksi mahdollisimman suuri osa suun erikoishoidon osaamisesta Suomen terveydenhuollossa.

Potilaiden hoitopaikkojen suhteen on myös otettava huomioon, että potilasvalituksia tulee enenevässä määrin koskien hoidon laatua. Näin ollen perusterveydenhuolto lähettää varmuuden vuoksi potilaan erikoissairaanhoitoon, jossa potilasturvallisuutta ja konsultaatiomahdollisuuksia voidaan yleisesti pitää parempina kuin perusterveydenhuollossa. Tällä ikään kuin varmistetaan omaa selustaa riippumatta siitä, tarvitseeko potilas oikeasti sairaalahoidon vai ei. Potilaiden ikääntyessä ja yleissairauksien lisääntyessä vaatimukset työn suorittamiseen lisääntyvät kaikilla hoitoaloilla ja konsultaatiomahdollisuuksia tarvitaan yhä enemmän.

On huolehdittava siitä, että keskittämisen yhteydessä tapahtuvaan hoidon lisäykseen on saatavissa tarvittava määrä resursseja niissä yksiköissä, joita asia koskee. Toiminnan kokonaisorganisointi maakunnan sisällä on ehdottomasti mietittävä uudelleen voimavarojen oikean ohjaamisen kannalta. Työn määrään nähden yksikössä tulee olla oikea määrä tekijöitä. Työvoiman rekrytointi voi olla ongelmallista, kun erikoishammaslääkäreistä on pulaa koko maassa. Erikoistunut yksikkö saattaa imaista lähialueiden osaajat kokonaan työn mielekkyyden kasvassa ja keskussairaaloiden työn mielekkyyden vähentyessä. Keskussairaaloissa voidaan keskittyä omiin jo olemassa oleviin vahvuuksiin eikä pyritäkään kattamaan koko hoitopalettia riippumatta siitä, onko kyseessä täyden päivystysvastuun sairaala vai ei. Potilaiden lähipalveluiden kannalta keskussairaalat ovat tärkeitä ja maakunnan sisällä voidaan harkita liikkuvia hoitopalveluita.

Tarjottavien hoitomahdollisuuksien lisääntyessä ja hoitojen kallistuessa tulee ehdottomasti päättää taso, jota noudatetaan julkisessa terveydenhuollossa. Uudet hoitomahdollisuudet vaativat yhä nopeammin investointeja uusiin laitteisiin ja järjestelmiin ja tilanne on karkaamassa nopeasti käsistä. Jo pelkkä kustannuksien nousu pakottaa keskittämään hoitoja harvoin paikkoihin Suomessa, käytännössä yliopistosairaaloihin. On päätettävä, mikä on hyväksyttävä hoidon taso vai katsotaanko potilaan subjektiiviseksi oikeudeksi saada parasta mahdollista hoitoa. Tässä tulee kyseeseen potilaan hoitopaikan valintamahdollisuus Suomen rajojen ulkopuolelta.

Suurissa yksiköissä työvoimakustannukset kasvavat, kunhan vain pidetään huolta tarvittavien tekijöiden määrästä. Voimavaroja voidaan jonkin verran ohjata maakunnan sisällä, mutta lähipalveluiden turvaamisen kannalta muiden yksiköiden toimintaa ei voida suinkaan lopettaa, mikä ei siten juuri vaikuta kokonaiskustannuksiin vähentävästi.

### 3.5. KESKITTÄMINEN ERVA- ALUEEN TAI MAAKUNNAN SISÄLLÄ

Vaativien hoitojen keskittäminen yksikköön, jossa on hyvät yhteydet lääketieteen eri erikoisaloihin, kuten plastiikkakirurgiaan, syöpälääkäreihin, lastenlääkäreihin ja neurokirurgeihin, on perusteltua. Suu- ja leukakirurgiassa on osa-alueita, jossa keskussairaaloilla on hyvin toimivia tiimejä ja joita on tarkoituksenmukaista käyttää hyväksi. ERVA- alueella keskussairaala voi profiloitua tuottamaan erityisesti tällaisen alan palveluita, mikäli toiminta on jo laadukasta ja vakiintunutta. Tämä antaa mahdollisuuden työnkuvan pitämiseen mielekkäänä ja takaa siten työntekijöiden motivaation. Edellytyksenä on, että toiminta on järjestetty siten, että sairaala pystyy vastaamaan omasta toiminnastaan eikä ole alueen muun terveydenhuollon varassa.

## 4. SUUN TERVEYDENHUOLLON ERIKOISSAIRAANHOIDON TOTEUTUMINEN

### 4.1. ERIKOISHAMMASLÄÄKÄREIDEN MÄÄRÄ JA SIJOITTUMINEN SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA

Työikäisten hammaslääkärien määrä on tällä hetkellä noin 4500 ja 2030-luvun lopulle saavutettaessa hammaslääkärien määrä nousee yli 5000:een. Perusterveydenhuollon hammaslääkäreistä noin puolet toimii terveyskeskuksissa, joissa hoidetaan vuosittain noin 1,9 miljoonaa asiakasta ja yli viisi miljoonaa asiakaskäyntiä (2-3) . Yksityisellä sektorilla toimii pää- ja osatoimisesti noin 2200 hammaslääkäriä, joiden palveluja käyttää vuosittain noin miljoona asiakasta. Sairausvakuutuskorvauksen mukaisia käyntejä toteutui yksityisellä sektorilla vuonna 2015 noin 2,7 miljoonaa (4). Yksityiset sektorin palvelut painottuvat Etelä-Suomen ja suurten asutuskeskusten alueille. Osa hammaslääkäreistä työskentelee molemmilla sektoreilla.

Hammaslääketieteessä on neljä kliinistä erikoisalaa; suu- ja leukakirurgia, kliininen hammashoito, hammaslääketieteellinen diagnostiikka ja hampaiston oikomishoito. Suu- ja leukakirurgiaan voi erikoistua joko lääketieteen tai hammaslääketieteen lisensiaatin peruskoulutuksella. Kliinisen hammashoidon erikoisala jakautuu edelleen parodontologian, kariologian ja endodontian, lasten hammashoidon sekä protetiikan ja purentafysiologian painotusalueisiin.

Hammaslääketieteellinen diagnostiikka sisältää radiologian, suupatologian ja suumikrobiologian painotusalueet. Erikoishammaslääkäreitä on kaikista työikäisistä hammaslääkäreistä noin 15% eli vuoden 2015 lopussa runsaat 600 (5). Tähän määrään sisältyvät terveydenhuollon erikoishammaslääkärit, joita viime vuoden lopussa oli 73, lähinnä perusterveydenhuollon johtotehtävissä. Arviolta puolet nykyisistä erikoishammaslääkäreistä jää eläkkeelle seuraavan kymmenen vuoden kuluessa (Liite 1). Tämän vuoksi valtakunnallisen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen toimenpideohjelman mukaisesti erikoistumiskoulutus olisi lähes kaksinkertaistettava 2020-luvulla nykyisen erikoishammaslääkäriosuuden säilyttämiseksi (6).

Erikoishammaslääkäreistä noin kolmannes sijoittuu yksityissektorille, erityisesti Keski- ja Etelä-Suomen asutuskeskusten alueelle sekä koulutuspaikkakuntien tuntumaan. Yksityissektorin erikoishammaslääkäreistä osa toimii erikoisalakohtaisten jaostojen mukaan perushammaslääkäreinä erikoistumisen puutteen vuoksi (5). Julkisella sektorilla oli vuonna 2015 noin 400 erikoishammaslääkärin tai erikoistuvan hammaslääkärin vakanssia, joista noin 170 suu- ja leukasairauksien yksiköissä sairaaloissa ja noin 230 suurimpien keskuskaupunkien terveyskeskuksissa ja yliopistoissa. Tämän lisäksi erikoissairaanhoitotasoista hammashoitoa rahoitettiin yksityissektorin ostopalveluilla vuositasona noin 20 virkapohjan verran (7-8). Erikoishammaslääkäriresurssien puuttuessa osa (18 %) julkisen sektorin erikoishoidosta joudutaan toteuttamaan myös eri osa-alueisiin perehtyneiden yleishammaslääkäreiden toimesta (9). Suurin osa julkisen sektorin erikoishammaslääkäreistä toimii osa-aikaisesti myös yksityisellä sektorilla tai osa-aikaisesti molemmilla sektoreilla, mikä vaikeuttaa työvoiman valtakunnallista arviointia.

Sairaaloiden hammaslääkäriavustajien määrä on noin 130 on erikoishammaslääkäriavustajia ja noin 40 erikoistuvien hammaslääkärin virkapohjia. Tämän lisäksi suu- ja leukasairauksien yksiköissä toimi vuonna 2015 11 leukakirurgian erikoislääkäriä. Sairaalavakanssien täyttövaje on Kuntatyönantajien selvityksen mukaan keskimäärin noin 9 % ja on suurin Pohjois-Savon, Pirkanmaan ja Keski-Suomen alueella (8). Osa- ja sivutoimiset viranhaltijat huomioiden sairaaloissa toimi 245 hammaslääkäriä, joten erikoissairaanhoiton virkojen täyttö on erittäin pirstoutunutta (8).

Sairaloissa toimivien hammaslääkäriavustajien määrä suhteessa ERVA -alueiden väestöpohjaan vaihtelee huomattavasti (Liite 2). Myös eri erikoisalojen määrissä on sairaaloissa merkittäviä eroja (Liite 3). Vajaa puolet virkapohjista sairaaloissa liittyy suu- ja leukakirurgian erikoisalaan, kolmannes kliniseen hammashoitoon ja vajaa viidennes oikomishoitoon. Valtaosa kaikista oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä (62 %) työskentelee terveyskeskuksissa peruserikoissairaanhoidossa, kun taas kaikista klinisen hammashoidon erikoishammaslääkäreistä vain viidennes ja suu- ja leukakirurgista ainoastaan 12 % työskentelee terveyskeskuksissa (9).

Johanna Rellmannin erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointiraportissa julkisen ja yksityisen sektorin erikoishammaslääkäreiden yhteenlaskettua lukumäärää on kuvattu sairaanhoitopiireittäin, suhteutettuna alueen väestömäärään (Liite 4). Näin tarkastellen erikoishammaslääkärimäärissä on jopa kymmenkertaisia eroja eri sairaanhoitopiirien välillä (5). Heikoin tilanne on Pohjois-Karjalan, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiireissä. Vaikka suuret alueelliset erot ovatkin ilmeisiä, raportin johtopäätökset vaativat lisäselvityksiä käytettyjen julkisen sektorin virkamäärien, osa-aikaisten erikoishammaslääkäreiden määrän ja työpanoksen sekä alueellisen eläkkeelle siirtymisen selvittämiseksi. Yliopistollisten sairaaloiden virkoja tarkasteltaessa on otettava huomioon, että osa resursseista on kohdennettu perus-

ja erikoistumiskoulutukseen hoitopalvelujen ohella. Erikoistumiskoulutus on toimenpidevaltaisessa suun terveydenhuollossa erityisesti sairaaloiden suu- ja leukasairauksien yksiköitä kuormittavaa koulutuksen tapahtuessa pääosin yliopistosairaaloissa ja suurimmissa keskussairaaloissa.

## 4.2. HOITOON PÄÄSYN TOTEUTUMINEN SUUN TERVEYDENHUOLLON ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Valtakunnalliset yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat olleet käytössä vuodesta 2005 alkaen. Pääosa hoitoon pääsyn perusteista on käsitellyt lähettämistä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Sosiaali- ja Terveysministeriö on asettanut 23.2.2015 valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän, jonka tavoitteena on ohjeiston rakenteellinen ja sisällöllinen uudistus osana palvelurakenteiden uudistusta. Työryhmään on asetettu suun terveydenhuollon alaryhmä, jonka on määrä saada ehdotuksensa valmiiksi vuoden 2016 loppuun mennessä (10).

Hoitoprosessien ajallista etenemistä seurataan valvontaviranomaisten toimesta lähetteen käsittelyaikoja, hoidon tarpeen arviointiaikoja ja hoidon odotusaikoja seuraamalla. Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitoksen (THL) tilastojen mukaan läpileikkausajankohtana 31.8.2016 suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidossa hoitoa odottavia potilaita oli vajaa 2000, yli 90 päivää hoitoa odottaneita 494 ja yli 180 päivää hoitoa odottaneita 42 potilasta (11). Yli 90 päivää hoidon tarpeen arviointia odottaneita potilaita oli samana ajankohtana 55 ja 183 lähetteen käsittely kesti yli 21 vuorokautta. Hoidon odotusajat eivät ole nousseet viimeisten kymmenen vuoden aikana, vaikka lähetemäärät ovat nousseet (Liite 5). Valtakunnallisia selvityksiä lähetemäärien noususta ei valitettavasti ole, mutta esimerkiksi Varsinais-Suomen, Pirkanmaan, Pohjois-Savon, Pohjois-Pohjanmaan, Helsinki - Uusimaan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä lähetemäärät ovat nousseet 25 - 45 prosenttia 2010-luvulla (12). Tämän esiselvityksen yhteydessä tehtiin sairaalayksiköiden esimiehille Webropol- kysely, jossa 2/14 ylilääkäreistä/ylihammaslääkäreistä ilmoitti ongelmia hoitotakuun noudattamisessa (Liite 6).

Perusterveydenhuollon erikoishammaslääkärin hoitoon pääsyn odotusajoista ei ole käytettävissä erillistä valtakunnallista selvitystä. Lokakuussa 2016 koko suun terveydenhuollon perusterveydenhuollossa hoitoon pääsyä odotti yli 180 päivää 1185 potilasta. Heikoin tilanne oli Länsi-, Keski- ja Etelä-Suomen alueilla (2).

## 4.3. HOITOKETJUN TOIMIVUUS

Sosiaali- ja Terveysministeriö teki vuonna 2012 keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien ylilääkäreille ja –hammaslääkäreille sekä terveystieteiden johtaville hammaslääkäreille osoitetun kyselyn perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisten hoitoketjujen toimivuudesta (13). Vastauksissa mainittiin keskeisinä ongelmina:

- Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon resurssipula
- Suuret alueelliset erot hoidon saatavuudessa
- Useiden hammaslääketieteen erikoisalojen puuttuminen keskussairaaloista
- Erikoissairaanhoidon kuormittuminen peruserikoissairaanhoidon puuttuessa
- Perusterveydenhuollon kuormitus ja erikoishoidon palvelujen puute vaikeuttavat erikoissairaanhoidossa hoidettujen potilaiden jatkohoidon järjestelyä
- Erikoissairaanhoidon sisäänottokriteerien epäselvyys

Myös yleisesti erikoishammaslääkäripalvelujen tarvetta kartoittanut Hammaslääkäriliiton kyselytutkimus vuodelta 2013 osoitti, että ainoastaan suu- ja leukakirurgian ja oikomishoidon osalta palvelujen tarve on valtakunnallisesti tyydyttävästi katettu. Tosin alueellisia eroja esiintyy näidenkin erikoisalojen palvelujen saannissa. Muiden hammaslääketieteen erikoisalojen palvelujen puute on tuntuva. Tämä koskee sekä sairaaloissa annettavaa vaativaa erikoissairaanhoitoa että terveystieteiden peruserikoissairaanhoitoa. Väestön pääsy erikoishoitoon ei kyselyn mukaan myöskään toteudu julkisessa terveydenhuollossa yhtenäisten kriteerien perusteella ja palvelujen hankkiminen yksityiseltä palvelun tuottajalta on huomattavalle osalle väestöä mahdotonta joko kustannusten tai etäisyyksien vuoksi (9). Selvityksen perusteella hoidon tarpeesta katetaan heikoimmin lasten hammashoidon, endodontian, parodontologian ja proteetiikan erikoisalojen hoidon tarve (9). Omassa kyselyssämme suurinta hoidon puutetta esiintyi proteetiikan ja lasten hammashoidon erikoisaloilla.

Tehdyt selvitykset osoittavat, että suun terveydenhuollon hoidon porrastus ja hoitoketjut ovat muuhun terveydenhuoltoon verrattuna kehittymättömiä. Hoidon odotusajat vaativassa erikoissairaanhoidossa ovat tilastojen mukaan resursointiin nähden kohtuulliset. Hoito ei kuitenkaan toteudu kaikissa hoitoaiheissa ja kaikkialla yhtenäisin perustein, koska monialaisia, useiden hammaslääketieteen erikoisalojen keskuksia on vain yliopistollisissa sairaaloissa ja joissakin yksittäisissä keskussairaloissa. Puutteellisen resursoinnin lisäksi erikoissairaanhoitoa rasittaa terveystieteiden peruserikoissairaanhoidon palvelujen puute suuressa osassa maata. Jos vaativan erikoissairaanhoidon sisäänottokriteerit eivät täyty, eikä toimivaa alueellista peruserikoissairaanhoitoa ole saatavilla, huomattava osa väestöstä jää tällä hetkellä ilman sellaista erikoishoittoa, joka ei edellytä hoidolta sairaalaolosuhteita tai yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden mukaista hoidon keskittämistä vaativaan erikoissairaanhoitoon. Tähän on kiinnittänyt huomiota myös eduskunnan oikeusasiamies todeten, että erikoishoito, joka ei täyty erikoissairaanhoidon sisäänottoperusteita, on kunnan järjestämisvastuulla olevaa suun terveydenhuoltoa (14). Hammaslääkäriliiton erikoishammaslääkärikyselyn (2013) mukaan 28 % vastanneista hammaslääkäreistä ilmoitti erikoishoidon saatavuudessa olevan ongelmia. Hoitoketjujen kehittymättömyyttä puolestaan kuvaa tutkimuksen havainto, että 11 % vastanneista ilmoitti, ettei selvää läheteikäytäntöä ole tai ettei lähettävä tiedä minne potilaan voisi lähettää (9).

Perusterveydenhuollon ongelmat heijastuvat myös jatkohoidon viiveinä hoitoketjuissa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon (9). Alueilla, joilla esiintyy julkisen perusterveydenhuollon erikoishammaslääkäripalveluja, jatkohoidon järjestäminen on joustavampaa ja hoitovaiheiden porrastus on nopeampaa. Erilliset suun erikoissairaanhoidon yksiköt myös vähentävät tarpeetonta vaativan erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arviointia, läheteiden hylkäämistä ja lyhentävät hoitoviiveitä. Näiden yksiköiden puutetta suu- ja leukasairauksien esimiehet pitivät Webropol- kyselyssämme suurimpana heikkoutena suun terveydenhuollon hoitoketjuissa. Myöskään sähköisten lähete- ja hoitopalautejärjestelmien eivät ole tällä hetkellä riittävän toimivia. Vain neljä neljästätoista esimiehestä arvioi järjestelmien toimivan kattavasti.

## 5. VÄESTÖN HOIDON TARPEEN MUUTOSTEN HEIJASTUMINEN SUUN TERVEYDENHUOLTOON

Merkittävin terveystarpeiden käyttöön vaikuttava tekijä lähivuosikymmeninä on väestön ikääntyminen. Meneillään on 65 - 79-vuotiaiden lukumäärän nopea kasvu. Arvioidaan, että neljännesvuosisadassa 65 - 79-vuotiaiden lukumäärä yli puolitoistakertaistuu nousten miljoonaan ja yli 80-vuotiaiden määrä nousee puoleen miljoonaan. Suomessa vuonna 2000 yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä oli 15 % ja vuonna 2030 sen arvioidaan olevan yli 26 %. Alueelliset erot väestön ikärakenteessa ovat jo tälläkin hetkellä suuria ja ennusteiden mukaan erot kasvavat lähivuosikymmeninä siten, että voimakkaan väestön kasvun alueina säilyvät Pohjois-Pohjanmaa, Pirkanmaa, Varsinais-Suomi ja Uusimaa. Väestökatoalueiksi ennustetaan Lappia, Satakuntaa, Pohjois-Savo, Kainuuta ja Etelä-Savo. Väestökatoalueilla ikääntyneiden suhteellinen osuus on korkeampi kuin väestön kasvun alueilla (15). Yleinen näkemys on, että ikääntyneiden määrän kasvu ei heijastu suorassa suhteessa terveystarpeiden kasvuun, sillä palvelujen käyttöön vaikuttavat muutkin tekijät kuin väestön ikääntyminen. Joka tapauksessa terveystarpeita käyttävät eniten vanhimmat ikäluokat ja keskimääräinen terveystarpeiden käyttö kohoaa nopeasti 75-vuoden iästä alkaen. Väestön ikääntyminen johtaa siis väistämättä terveystarpeiden tarpeen kasvuun.

Monien kansantaudeiksi luokiteltujen sairauksien lisääntymisellä väestön ikääntyessä on vaikutusta myös suun terveydenhuollon erikoishoidon tarpeeseen lähivuosikymmeninä. Arvioidaan, että diabeteksen esiintyvyys väestössä voi jopa kaksinkertaistua seuraavien 10 - 15 vuoden aikana, vähintään keskivaikeasta muistisairaudesta kärsii arviolta 85 000 ja vuosittain ilmaantuu noin 13 000 uutta dementia-asteista muistisairautapausta, ja vaikka sydän- ja verisuonitautien kuolleisuus on merkittävästi pienentynyt viime vuosikymmeninä, ne muodostavat edelleen suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän. Ikääntyminen lisää myös syöpätautien esiintyvyyttä ja syöpätaudit ovatkin toiseksi merkittävin kuolinsyy väestössä (16 - 18). Syöpätautien kohdalla on huomioitava, että vaikka syöpiin sairastuvuus lisääntyy ikääntymisen myötä, syöpätauteihin kuolleisuus ei lisäänty samassa määrin. Monet syöpätauteihin sairastuneet potilaat saavat onkologisen hoidon avulla elinvuosia, mutta ovat pysyvästi suun alueen sairauksien ja infektioiden suhteen riskipotilaita. Muita suu- ja leukasairauksien yksiköitä runsaasti työllistäviä ikääntyvien väestöryhmien sairauksia ovat mm. reumataudit, useat muut sisätaudit, elinsiirrot, nivelrikot ja infektiot.

Suun ja nielun kasvainten ilmaantuvuuksissa huulisyöpien määrä on jatkuvasti pienentynyt, mutta kielisyöpien, muiden suuontelon syöpien ja suunielun syöpien määrä on viime vuosikymmeninä selvästi lisääntynyt (19). Suun ja nielun alueen kasvainten hoito ja jälkitiilojen hoito vaativat lähes poikkeuksetta monialaista, usean erikoisalan yhteistyötä, runsaasti vaativan erikoissairaanhoidon keskitettyä leikkaustoiminnan resursointia ja erityisasiantuntemusta sekä hyvin prosessoituja hoitoketjuja diagnostiikasta kuntoutukseen. Toiminta keskittyy valtakunnallisesti alueellisten syöpäkeskusten ympärille.

Kuvattujen yleissairauksien kohdalla suun alueen tulehdusten poistaminen on välttämätöntä sekä perussairauden että sen hoitamiseksi käytettävän lääkityksen kannalta (20). Suun alueen infektiolla on todettu olevan yhteys myös elossa olon viisivuotisenusteeseen yli 75-vuotiailla potilailla (21). Koska hampaattomien osuus väestössä vähenee tuntuvasti, mahdollisia hampaiston infektiolähteitä esiintyy ikääntyvällä väestöllä yhä enenevässä määrin. Hampaattomien



määrä yli 30 – vuotiaista oli vuonna 2011 enää noin 10 %, kun se vuonna 1980 oli noin 30 % (13). Hampaattomien määrän vähenemisen arvioidaan lisäävän vaativan suun terveydenhuollon palvelutarvetta jatkossa. Esimerkiksi suun infektiolähteiden saneerauksen suunnittelu vaatii iäkkäillä riskipotilailla lääketieteen erikoisalojen konsultaatioita ja hoitavassa yksikössä asianmukaisia leikkaussali- ja vuodeosastovalmiuksia. Myös laajasti vajaahampaisten tai täysin hampaattomien sekä perussairauden hoidon yhteydessä tehtävien hammassaneerausten aiheuttamien hampaattomuustilojen proteettinen ja implantti - proteettinen hoito on ikääntyvällä väestöllä elämänlaadun, toimintakyvyn ja kotona selviytymisen kannalta merkittävää (13). Tämän on arvioitu lisäävän erikoishammaslääkäritasoisien hoidon tarvetta, osin myös erikoissairaanhoidon lisääntymistä.

## 6. ESITYS SUU- JA LEUKAKIRURGISEN HOIDON TYÖNJAOKSI

### 6.1. SUU- JA LEUKAKIRURGISTEN HOITOJEN KESKITTÄMINEN SUOMESSA

Suu- ja leukakirurgisten hoitojen osalta Suomessa on tällä hetkellä sovittu tiettyjen hoitojen keskittämisestä yliopistosairaaloiden kesken sekä myös ERVA- alueiden sairaaloiden kesken järjestämissopimuksin. Huuli-suulakihalkioiden primäärileikkaukset tehdään kahdessa keskuksessa, HUSUKE:ssa Helsingissä ja Oulun Halkiokeskuksessa. Kaikki vaativimmat hoidot on ERVA- alueilla keskitetty yliopistosairaaloihin niin traumatologian kuin kasvo-ortopediainkin suhteen. Leukanivelkirurgian osalta sovittuja periaatteita ei kaikilta osin tällä hetkellä noudateta.

Keskittämisellä haetaan valtakunnallisesti säästöjä sekä laadun paranemista. Yleislääketieteen puolella on katsottu, että leikkaustyyppien määrän tulisi olla yli 50 tapausta vuosittain, jotta korkea laatu pystyttäisiin pitämään ja saataisiin paranemaan. Suomessa tiettyjen yksittäisten leikkaustyyppien määrä ei ylitä missään sairaalassa tätä lukua varsinkaan yksittäistä kirurgia ajatellen. Suomen mittakaavassa laadun parantumisen tulee siis liittyä hyvien hoitokäytäntöjen käyttöönottoon ja ylläpitoon, minkä on todettu vaikuttavan laatuun enemmän kuin lukumäärän. Sairaaloiden välistä vertaisarviointia ja ERVA- alueiden tai maakuntien sisäistä yhteistä koulutusta ja arviointia tulee ylläpitää ja lisätä. Tällä hetkellä näitä asioita ei tehdä varsinkaan yliopistosairaaloiden välillä ja ERVA- alueiden sisälläkin liian vähäisesti. Sairaaloiden välistä keskustelua yhtenäisten hoitokriteerien saamiseksi eri alueilla tulee lisätä.

Hoitojen kokonaiskustannuksia voidaan vähentää voimakkaalla keskittämisellä. Tämä johtaa kuitenkin väestön epätasa-arvoiseen kohteluun sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Voimakasta hoitojen keskittämistä voitaisiin tehdä ainoastaan pääkaupunkiseudulla, jossa hoitomatkat ovat verrattain lyhyitä. Tämä johtaa samalla tarpeeseen laajentaa sairaalan henkilöstöresursseja ja tiloja. Kaikkien uusien suunnitelmien takana on kuitenkin raha ja onkin oltava varovainen, ettei raha, toisin sanoen laajenemisyrittäykset johda väärin johtopäätöksiin keskittämisessä. Suu- ja leukasairauksien osalta tämän hetkiset kustannukset koko sairaalan budjetissa ovat noin 0.5-1.0 %:n luokkaa (22). Näin ollen on todettava, että merkittäviin kustannussäästöihin koko sairaalatasolla ei päästä, vaikka suun terveydenhuolto lopetettaisiin kokonaan. Keskittämisellä saavutettavat mahdolliset säästöt voivat joka tapauksessa sulaa tarvittaviin investointeihin suuriin yksiköihin. Tämän hetkisen tilanteen mukaan yliopistosairaalat eivät pysty ainakaan kirurgian alalla hoitamaan enemmän potilaita ilman, että hoitoon pääsyn aikarajat tulevat vastaan (22 -25). Sen sijaan laadulliset tekijät saattavat puoltaa voimakastakin keskittämistä.

Keskittäminen on järkevää tehdä silloin, kun tarvitaan isojen yksiköiden tuomaa etua konsultaatiomahdollisuuksien ja yhteistyötaidojen kanssa. Tyypillisiä tällaisia tahoja ovat korva-, nenä- ja kurkkulääkärit, plastiikkakirurgit, neurokirurgit, lastenlääkärit ja syöpälääkärit. Tietty hoidot vaativat eri tahojen yhteistyötä, jotta hoito olisi laadukasta potilaan kannalta. Nämä hoidot kannattaa keskittää sairaaloihin, jossa näitä kaikkia aloja on tarjolla. Kaikki syöpähoi-dot paikallisia syöpiä lukuun ottamatta ovat tällaisia. Niiden laadukkaaseen hoitoon tarvitaan eri lääketieteen alojen edustajia sekä lisäksi hammaslääketieteen eri osa-alueiden erityisosaajia. Syöpäpotilaan hyvä hoito, kuntoutus ja seuranta vaativat kirurgin lisäksi suupatologin, proteetikon, kariologin ja parodontologin työpanosta. Tämä tarkoittaa sitä, että syöpähoi-dot

tulisi pääasiassa keskittää yliopistosairaaloihin, joissa nämä erikoissalat ovat edustettuina. Varsinkin mikrokirurgiaa vaativat hoidot on syytä keskittää moniammatilliseen ympäristöön. Nykyaikainen hoito vaatii perusteellista ennakkosuunnittelua siltä osin, miten potilaan elinolosuhteet voidaan mahdollisimman hyvin palauttaa entiselle tasolle, pelkkä syövän pois leikkaaminen ei riitä. Suunnittelu on tehtävä moniammatillisesti etukäteen ja kuntoutus toteutettava suunnitelman mukaisesti.

Yleislääketieteen puolella päivystysasetus näyttää määräävän suurelta osin sairaalan valmiudet erilaisiin toimenpiteisiin (26). Suun terveydenhuollossa päivystysasetusta on noudatettu nyt noin kahden vuoden ajan. Järjestelmälliseen ympärivuorokautiseen päivystykseen kykenevät tällä hetkellä vain yliopistolliset sairaalat, muiden sairaaloiden henkilöstöresurssit ovat sen verran pienet, että omaa päivystystä on mahdoton järjestää. Keskittämisessä on otettava huomioon tämä seikka. Kasvojen ortopedia eli ortognaattiset leikkaukset ovat tulleet rutiiniksi suu- ja leukakirurgiassa ja suurin osa voidaan tehdä ilman päivystyksellisiä valmiuksia lyhyt- hoitoisena kirurgiana. Näiden tekeminen voidaan hyvin hoitaa sellaisissa sairaaloissa, jotka ovat siihen jo profiloituneet. Kaikkein vaativimmat tapaukset on kuitenkin syytä keskittää yliopistosairaaloihin, jossa hammaslääketieteen eri osa-alueiden erikoishammaslääkärit ovat jatkuvasti käytettävissä ja leikkauksen jälkihoito on helppo järjestää asianmukaisesti myös viikonloppuna ja loma-aikana.

Leukanivelkirurgia on aikaisemmin sovittu keskitettäväksi ERVA- alueen sisällä yliopistosairalaan. Tämä on järkevää siksi, että leikkausten lukumäärä on kohtuullisen pieni koko Suomessa eikä sen hajauttaminen anna mitään oleellista etua potilaalle. Kyse on usein ainutkertaisesta leikkauksesta potilaan kannalta. Avonivelkirurgia tukee oleellisesti myös leukanivelproteesileikkauksia, joiden lukumäärä on vielä pienempi koko Suomen tasolla. Nämä on järkevää keskittää Suomessa kolmeen yliopistosairaalaan, jotta lukumäärä kaikissa näissä voitaisiin pitää kohtuullisena ja laatu korkeana. Avonivelkirurgia tukee toisaalta myös traumatologiaa ja päinvastoin, siten vaikeiden vammojen hoito tulisi samoin keskittää yliopistosairaaloihin, joihin ne pääasiassa menevätkin.

Suomessa on selvästi tarvetta erikoishammashoidon tasoista hoitoa antavalle avoterveydenhuollon yksikölle jokaisella ERVA- alueella. Tällä hetkellä tällaiset yksiköt toimivat Helsingissä, Oulussa ja Tampereella. Tämä yksikkö hoitaa sellaisia erikoishammaslääkärihoitoa tarvitsevia potilaita, jotka eivät tarvitse sairaalaolosuhteita tai vuodepaikkaa. Hoidon porrastuksen kannalta nämä yksiköt ovat toimineet erinomaisesti helpottaen erikoissairaanhoidon painetta. Perusterveydenhuollon heikko toimivuus lisää erikoissairaanhoitoon kuulumattomien potilaiden määrää ja toisaalta kaikki potilaat eivät saa lainkaan tarvitsemaansa hoitoa, mikäli erikoissairaanhoidon kriteerit ei täyty. Taloudellisten resurssien kannalta olisi järkevää perustaa ainakin kaikkien yliopistosairaaloiden rinnalle perusterveydenhuoltoon erikoishoidon yksikkö parantamaan hoidon porrastusta ja vapauttamaan resursseja erikoissairaanhoidosta, kunhan potilasturvallisuudesta huolehditaan. Yliopistosairaaloiden ulkopuolella pienet yksiköt näyttävät toimivan virtaviivaisemmin siten, että tällaiselle erilliselle yksikölle ei ole tarvetta suurten kaupunkien ulkopuolella. Kuvatuilla erikoishoidon yksiköillä voisi olla huomattava osa erikoistumiskoulutuksen järjestämisessä. Selvitysten mukaan erikoishammaslääkäreitä tarvitaan nopeasti lisää varsinkin Pirkanmaan ja Itä- ja Keski-Suomen alueilla. Alueelliset erot ovat jopa kymmenkertaiset ja sitä kautta väestön tasa-arvoinen hoito ei toteudu. Erikoishammaslääkäreiden määrä vähenee jatkuvasti eikä nopeita toimenpiteitä ole tehtävissä. Koulutus kestää nopeimmillaan kolme vuotta ja koulutusviroista sekä kouluttajista on puutetta. Kuvatut erikoishoidon yksiköt voisivat olla tulevaisuudessa hyvä osaratkaisu koulutukseen.

Erikoissairaanhoidon sujuvuuden edellytys on hyvin toimiva perusterveydenhuolto. Tämä koskee niin yleislääketiedettä kuin suun terveydenhuoltoakin. Suun terveydenhuollon ongelma verrattuna yleislääketieteeseen on erikoissairaanhoidon vieraus perusterveydenhuollolle. Yleislääketieteen puolella peruskoulutus tapahtuu sairaaloissa, jolloin lääkäri on tiiviissä yhteydessä erikoissairaanhoitoon, tuntee sen ja osaa käyttää sitä valmistuttuaan tehokkaasti hyväkseen. Suun terveydenhuollossa opiskelu tapahtuu opetusklinikoissa irrallaan sairaaloista ja parhaimmassa tapauksessa valmistuvilla hammaslääkäreillä eikä valmistuvilla erikoishammaslääkäreillä ole käsitystä erikoissairaanhoidosta suun terveydenhuollossa. Tämä on yksi osasy siihen, että hoidon porrastus on kehittymätöntä ja potilaat ovat osin väärissä paikoissa tai eivät saa lainkaan hoitoa. Tähän on muutosta tulossa, kun sairaanhoitopiirit ovat ottaneet klinisen opetuksen hoitaakseen myös suun terveydenhuollon alalla.

Operatiivisten erikoisalojen ja sairaaloiden työnjakoa ollaan uudistamassa. Täyden päivystyksen keskussairaalat ovat suun terveydenhuollon kannalta ongelmallisia siksi, että useimmissa näissä henkilökuntaresurssit ovat niukat. Kyseeseen saattaa tulla vain yhden virkamiehen kokoinen yksikkö, jossa todellista päivystystä on vaikea järjestää asetuksen edellyttämällä tavalla. Näitä sairaaloita tulee jatkossa kehittää siten, että kaikki tarvittavat erikoissalat ovat käytössä myös suun terveydenhuollon osalta.

Suu- ja leukakirurgian toimenpidelukuja tarkasteltaessa on selvästi nähtävissä, että keskittämisellä olisi saatavissa laadullisia parannuksia. Rahallisia säästöjä on vaikeampaa saavuttaa. Mikäli toimenpiteiden määrä on vain yksittäisiä tapauksia vuoden aikana, niiden keskittäminen isompaan yksikköön on perusteltua. Tällaisia toimenpiteitä ovat leukanivelkirurgia sisältäen leukanivelproteesit, syöpähoidot ja vaikeat kasvojen ortopediset hoidot. Nämä hoidot on syytä keskittää yliopistosairaaloihin. Leukanivelproteesihoitoja on vuositasolla sen verran vähän, että näiden hoito on syytä keskittää vielä harvempiin sairaaloihin tasaisesti koko Suomeen. Kasvojen ortopedisten hoitojen osalta suurin osa voidaan tehdä paikallisesti, jossa ne on tähän astikin tehty. Obstruktiivisten uniapneoiden hoitoa tulee harkita valtakunnallisesti. Uniapneakiskoja voidaan hyvin tehdä jokaisessa sairaalassa, mutta parantavaa hoitoa, bimaxillaariosteotomiaa, kannattaa keskittää harvempiin paikkoihin, joissa näistä on kokemusta. Nämä vaativat päivystyksellistä valmiutta. Näidenkin osalta maakunnassa voidaan arvioida, mikä sairaala niitä profiloituu tekemään.

Halkioiden esiintyvyys Suomessa on 25/10000 ja nykyisellä syntyvyydellä uusia halkiovauvoja syntyy siis noin 120 vuodessa. Huuli-suulakihalkioleikkauksia tehdään tällä hetkellä Huuli-suulakihalkiokeskuksessa Helsingissä, jossa primäärileikkausten lukumäärä vuositasolla on noin 180 sekä Halkiokeskuksessa Oulun yliopistollisessa sairaalassa, jossa leikkausten vuotuinen lukumäärä on noin 20-30. Pelkkiä lukuja ajatellen olisi järkevää keskittää kaikki hoito Helsinkiin, kyse on ainutkertaisesta leikkauksesta potilaan kohdalla. Halkioiden esiintyvyys on pysynyt melko samanlaisena vuosittain. On syytä punnita kuitenkin muutkin syyt, kuten kokonaiskustannukset potilaalle ja sairaalalle leikkauksesta ja valmiuden ylläpitämisestä sekä toiminnan jatkuvuudesta, huolellisesti ja tehdä päätös leikkausten keskittämisestä yhteen paikkaan niiden perusteella. Tässä selvityksessä siihen ei ole valmiuksia.

## 6.2. ESITYS

Esityksessä on huomioitu asiasta aiemmin annetut lausunnot (Liitteet 10 - 13).

### 1. Keskittäminen HUS:aan

Erittäin vaativa kasvojen ja leukojen syöpäkirurgia ja deformiteettikirurgia  
Elinsiirtoon menevien potilaiden hoidon suunnittelu ja hoidon pääasiallinen toteutus

### 2. Keskittäminen vähempään kuin viiteen ylipestosairaalaan

Leukanivelproteesileikkaukset

### 3. Keskittäminen viiteen ylipestosairaalaan

Syöpäkirurgia ja vaativa deformiteettikirurgia

Leukanivelkirurgia

Vaikeat leuka- ja keskikasvotapaturmat

Vaativat kasvojen ortopediset leikkaukset

Vaativat leukaluun osteonekroosileikkaukset, jotka edellyttävät kudossiirrettä

### 4. Keskittäminen seitsemään laajan päivytyksen sairaalaan

Kasvojen ortopediset leikkaukset

Vaativa dentoalveolaarikirurgia

### 5. Muut keskussairaalat

Muissa keskussairaaloissa tehdään profiloitumisen mukaan kasvojen ortopedisia leikkauksia. Sairaalaolosuhteita vaativa suu- ja leukasairauksien hoito tehdään niin ikään keskussairaaloissa, samoin lääkkeiden tai sädetyksen aiheuttaman leukaluunekroosien hoito sikäli kuin se ei vaadi päivytyksellistä valmiutta. Hyvänlaatuisten kasvaimien tai siihen verrattavien tilojen diagnostiikka ja hoito voidaan jatkossakin tehdä keskussairaالاتasolla. Yleissairaiden potilaiden tulehduspesäkkeiden saneeraukset teettävät runsaasti akuuttia työtä kaikilla tasoilla ja näiden suhteen tuleekin maakunnassa sopia päivytyksellinen ja kiireellinen hoito.

## 7. ESITYS ERIKOISSAIRAANHOITOTASOISEN ERIKOISHAMMASHOIDON PORRASTUKSESTA JA SISÄLLÖSTÄ KLIINISEN HAMMASHOIDON, HAMPAISTON OIKOMISHOIDON JA HAMMASLÄÄKETIETEELLISEN DIAGNOSTIIKAN ERIKOISALOILLA

### 7.1. ERIKOISHAMMASHOIDON PORRASTUKSESTA JA SISÄLLÖSTÄ ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Lääketieteen puolella ollaan varsin yksimielisiä siitä, että harvinaisten sairauksien hoitoa ei ole keskitetty riittävästi Suomessa. Tässä selvityksessä on aiemmin kuvattu suurten yksiköiden antamasta mittakaavaedusta, joka mahdollistaa hoitoprosessien paremman kehittämisen, uuden teknologian hyödyntämisen, työnjaon, hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen ja jatkuvan opimisen. Keskittämisen tuomia etuja pidetään erityisesti operatiivisilla aloilla merkittävinä. Toisaalta keskittämisen yhteydessä on huomioitava alueellisten palvelujen säilyminen ja koko hoitoketjun toiminnan varmistaminen.

Sairaaloissa erikoissairaanhoitona annettavan erikoishammashoidon keskittäminen voi olla tarpeellista tapausten harvalukuisuuden tai monialaisen, useita hammaslääketieteen tai lääketieteen erikoisaloja vaativan hoidon vuoksi. Keskittäminen on perusteltua myös suu- ja leukakirurgian keskittämistarpeesta. Kliinisen hammashoidon ja oikomishoidon erikoisalot poikkeavat monista lääketieteen erikoisaloista ja suu- ja leukakirurgian erikoisalasta siinä, että yhteen hoitajaksoon voi sisältyä lukuisia, jopa kymmeniä polikliinisiä hoitokäyntejä, hoitokokonaisuudet voivat olla ajallisesti hyvinkin pitkiä, eikä hoito kaikissa erikoissairaanhoidon sisäänottoaiheissa vaadi muiden lääketieteen erikoisalojen tukea tai sairaalaolosuhteita. Tällöin hoitokeskuksen olisi oltava kohtuullisesti saavutettavissa, eikä keskittäminen ole aina tarpeellista.

Pääosa erikoissairaanhoidossa toteutettavasta kliinisestä hammashoidosta ja oikomishoidosta on kuitenkin useiden erikoisalojen yhteistyötä, jonka avainasemassa ovat monivaiheiset, hyvin prosessoidut hoitoketjut, lääketieteen tukipalvelut ja kirurgisten toimintojen keskittämistarpeet. Tyypiesimerkkinä mainittakoon rekonstruktiotarvetta edellyttävät syöpätapaukset, joiden hoito- ja kuntoutusjaksoissa tarvitaan usein monien hammaslääketieteen erikoisalojen asiantuntemusta, johon kouluttaudutaan alueellisten syöpäkeskusten toiminnassa yhteisen oppimisen ja tutkimustyön avulla. Vastaavia toimintaympäristöjä ovat esimerkiksi vaativien kehityksellisten häiriöiden hoitoryhmät, vaativien sisämedisiinisten ongelmapotilaiden hoitoon perehtyneet hoitoryhmät ja lasten hammashoidon erityisongelmien hoito. Toimintojen hajauttaminen ei ole tällöin perusteltua.

Laajempi keskittäminen yliopistosairaalaan voi olla perusteltua myös tiettyjen erikoisalojen puuttuessa keskussairaaloista. Esimerkiksi lasten hammashoidon erikoishammaslääkärien puuttuminen keskussairaaloista lisää tarpeetonta keskittämistä.

Hammaslääketieteellinen diagnostiikka on pieni erikoisala, jonka toiminta poikkeaa kliinisen hammashoidon ja oikomishoidon erikoisaloista. Diagnostiikan erikoishammaslääkärit sijoittuvat erikoissairaanhoidossa lähinnä yliopistosairaaloihin. Radiologeja työskentelee jonkin verran myös suurten kaupunkien terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla. Suupatologian erikoishammaslääkärit toimivat yliopistosairaaloissa yhteistyössä yleispatologien kanssa ja vastaavat osaltaan suun limakalvosairauksien diagnostiikasta, hoidosta, alan koulutuksesta ja tutkimustyöstä. Telelääketieteen kehityksen ja tehostetun jatkokoulutuksen avulla diagnostiikan erikoisalan palvelut voidaan pitää erittäin keskitettyinä. Laajan päivystyksen sairaalan suurradiologian asiantuntemuksen varmistaminen on selvitettävä erilliskysymyksenä. Konsultoiva suu-mikrobiologi on vain HYKS:ssa.

## 7.2. ESITYS

Esityksessä kliinisen hammashoidon, oikomishoidon ja hammaslääketieteellisen diagnostiikan työnjaoksi erikoissairaanhoidossa on huomioitu yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden yksiköiden sekä muut asiasta annetut lausunnot (Liitteet 7-13).

Esityksessä on merkitty \* - symbolilla tilat ja sairaudet, joiden yhteydessä hoidon laajempi porrastus keskussairaaloihin on mahdollista. Hoidon keskittämisen syy voi tällöin olla tarvittavan erikoisalan erikoishammaslääkärin puuttuminen keskussairaالاتasolta tai kirurgisen hoidon keskittämistarve.

### 1. Yhteen yliopistosairaalaan keskitettävät hoidot (HYKS)

Halkiopotilaiden ja harvinaisten kranio-fakiaalisten deformiteettien oikomishoidon ja muun hammashoidon suunnittelu ja kasvun aikainen hoito. Hoidon keskittäminen yhteen valtakunnalliseen keskukseseen on sidoksissa kirurgisen hoidon keskittämistarpeeseen. Hoito on tällä hetkellä keskitetty kahteen yliopistosairaalaan (OYS ja HYKS).

Elinsiirtoa odottavien potilaiden hoidon suunnittelu ja infektiolähteiden saneeraus. Hoidon keskittäminen on tarpeen erityisesti maksansiirtopotilailla.

Hammas- ja suusairauksien hoito lasten synnynnäisten sydänsairauksien hoidon, elinsiirtojen ja hematologisten kantasolusiirtojen yhteydessä.

### 2. Vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät hoidot

Kasvoproteesihoito. Kasvoproteeseja valmistetaan kasvojen alueen kudospuutosten korvaamiseksi (korva, silmä, nenä) tilanteissa, joissa kirurginen rekonstruktio ei ole mahdollista tai rekonstruktio on epäonnistunut. Hoitoaihe voi olla syöpähoidon jälkitila tai kehityksellinen häiriö, kuten korvaledhen puutos aikuisella. Uusia tapauksia ilmenee valtakunnallisesti arviolta 20 vuodessa ja sen lisäksi proteesien uusintoja ja korjauksia tarvitaan vastaava määrä. Hoitoon liittyy kirurgian (kasvoimplantologia) ja anaplastologian lisäksi usein myös audiologian erikoisala. Hoito vaatii materiaalitekniistä erityisosaamista.

Leukanivelproteesikirurgiaan liittyvä välttämätön hoitokokonaisuus

### 3. Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät hoidot

Lasten syöpäsairauksien aktiivisen hoidon aikainen suu- ja hammassairauksien hoito ja ennaltaehkäisy

Hematologisen kantasolusiirron tai elinsiirron saaneiden lasten suun sairauksien diagnostiikka ja hoito.

Kaltoinkohtelulle altistuneiden lasten suun alueen diagnostiikka, hoito ja seuranta.

Syndrooma- ja halkiolasten hammashoidon toteutus yhteistyössä HYKS:n kanssa.

Alle 3-vuotiaiden ja yleissairaiden lasten anestesiahammashoito.

Monialaista lääketieteellistä hoitoa vaativat lasten suun ja hampaiston sairaudet.

Pitkäaikaissairaiden lasten suun ja hampaiston hoito \*.

Halkio- ja syndroomapotilaiden tai muiden harvinaisten kehityksellisten tilojen oikomishoito, jos hoidon toteutus ei vaadi valtakunnallista keskittämistä.

Oikomishoidon suunnittelu, toteutus, ja koordinointi alueellisen yhteistyösopimuksen mukaisesti ortognaattis - kirurgisessa hoidossa. Hoidon keskittämistaso on sidoksissa kirurgisen hoidon keskittämistarpeeseen \*.

Muun vaativan oikomishoidon suunnittelu ja tarvittaessa toteutus osana monialaista hoitoa, (esimerkiksi laajat synnynnäiset hampaiston puutokset, oikomishoidon toteutusta vaikeuttavat perustaudit, vaikeat leukaniveliä vaurioittavat sairaudet) \*.

Vaikean uniapneataudin kiskohoidon suunnittelu ja hoidon toteutus tai sen ohjaus alueellisesti \*.

Harvinaisten hampaiden kiinnityskudossairauksien diagnostiikka ja hoito (esimerkiksi nuoruusiän nopeasti etenevä kiinnityskudossairaus ja kaasukuoliota aiheuttava kiinnityskudossairaus).

Hampaiston kiinnityskudossairaus osana erikoissairaanhoidon keskitettyä monialaista hoitokokonaisuutta.

Hampaiden kiinnityskudossairaus tai hammasimplanttiin liittyvä tulehdus lääketieteellisillä riskipotilailla (esimerkiksi pään ja kaulan alueen korkea - annoksinen sädehoito, solusalpaajahoido, muu immuunivajaus aiheuttava sairaus, elinsiirtojen jälkitilat, vaikeat vuotoriskipotilaat, vaikeahoitoinen diabetes). Kiinnityskudossairauden hoito liittyy perussairauden keskitettyyn hoitoon yliopistosairaalassa.

Suusyöpäpotilaan purennan kuntoutus. Keskittäminen on perusteltua erityisesti tilanteissa, joissa hoito liittyy monialaisen syöpähoitojakson toteutukseen tai toteutetaan syöpähoitojakson aikana (esimerkiksi mikrovaskulaariset siirteet, implanttihoito syöpäkirurgisen hoidon yhteydessä, laaja-alaiset kudospuutokset).

Purennan kuntoutus seuraavien vaativien kehityksellisten häiriöiden hoidon yhteydessä

Halkiopotilaiden hoito kasvuiän jälkeen, jos hoitoon liittyy halkioalueen vaativa implanttihoito tai fisteiden sulkku.

Ektodermaalisen dysplasian ja laaja-alaisen oligodontian aiheuttamat synnynnäiset hampaistonpuutokset.

Purennan kuntoutus niiden syndroomien yhteydessä, jotka eivät edellytä valtakunnallista keskittämistä.

Amelogenesis imperfectan, dentinogenesis imperfectan ja muiden laaja-alaisen hampaiden kovakudosten kehityksellisten häiriöiden diagnostiikka, hoidon suunnittelu ja tarvittaessa monialainen hoidon toteutus. Hoitoon liittyvät erityisesti lasten hammashoidon, kariologia-endodontian ja protetiikan erikoisalut \*.



Leukaepäsuhdan ortognaattis – kirurgisen korjauksen yhteydessä tehtävä välttämätön proteettinen kuntoutus \*.

Laajojen kasvo - ja leukavammojen jälkitilat, jotka vaativat useiden hammas- ja lääketieteen alojen yhteistyötä ja monivaiheista rekonstruktivista hoitoa. Hoitoon liittyvät erityisesti kirurgian, protetiikan ja purentafysiologian, parodontologian ja endodontian erikoisalajat \*.

Vaikeiden leukaniveliä vaurioittavien sairauksien diagnostiikka, hoidon suunnittelu ja tarvittaessa hoidon toteutus\*.

Kasvokivun hoito osana monialaista lääketieteellistä kivunhoitoa.

Hoitoresistentit ja harvinaiset suun limakalvosairaudet sekä harvinaiset yleissairauksien suuilmientymät. Sairauksien diagnostiikassa ja hoidossa keskeistä on mahdollisuus suupatologian erikoisalan konsultaatioon. Ainakin yliopistosairaaloiden käytössä on oltava kliinikko-suupatologi. Telelääketieteen lisääntyminen mahdollistaa etäkonsultaatiot keskussairaaloissa ja helpottavat porrastusta alueelliseen hoitoon.

Hampaiston infektiopesäkkeiden hoito ja hampaiston hoidon suunnittelu eräiden perustautien hoidon yhteydessä (esimerkiksi pään ja kaulan alueen korkea - annoksinen sädehoito, solusalpajahoito, kantasolusiirto, vaikea hemofilia). Suun ja hampaiston hoito liittyy perussairauden keskitettyyn hoitoon yliopistosairaaloissa. Tarvittavat hammaslääketieteelliset erikoisalajat ovat tyypillisesti suu- ja leukakirurgia, kariologia-endodontia, parodontologia ja diagnostiikka.

#### 4. Muut laajan päivystyksen keskussairaalat

Yllä mainitut, \* - symbolilla merkityt tilat ja sairaudet voidaan hoitaa osin myös keskussairaaloissa, jos kyseisen sairaalan erikoisalaresurssit sen mahdollistavat, eikä erityistä keskittämistarvetta aiheudu muusta syystä.

Kirurgisen hoidon keskittämisen seurauksena keskitetään alueellisista keskussairaaloista laajan päivystyksen sairaaloihin ympärivuorokautista päivystystä vaativa ortognaattis-kirurgisesta hoito ja vaativa dentoalveolaarikirurgia. Linjauksista vastaavat yhteistyöalueilla yliopistosairaalat. Näihin hoitoihin liittyvä monialainen erikoishammashoito keskitetään pääosin kirurgista hoitoa antaviin yksiköihin.

#### 5. Muut keskussairaalat

Kiireettömän erikoissairaanhoidon perusteissa mainitut tilat ja sairaudet (27), joiden diagnostiikka tai hoito ei ole yllämainitusti keskitettävää tai hoitoa ei ole perusteltua tehdä peruserikoissairaanhoidona.

## 8. ESITYS PALVELURAKENTEIDEN KEHITTÄMISEKSI

Esityksen toimeenpano edellyttää yliopistollisten sairaaloiden aiempaa vahvempaa ohjausta. Yhteistyöalueiden (nykyiset erityisvastuualueet) järjestämissopimuksissa tulee sopia yksityiskohtaisesti maakuntien sairaaloiden keskinäisestä työnjaosta, hoitoketjuista, suurista investoinneista sekä sairaaloiden erityisprofiileista tarpeen mukaan. Joillakin keskussairaaloilla on vahva maakunnallinen rooli erikoishoidon tuottajana ja kuten esimerkiksi Vaasan keskussairaallalla, pitkät perinteet kasvo-ortopediassa (ortognaattis-kirurginen hoito) ja siihen liittyvässä muussa erikoishammashoidossa sekä purentafysiologian ja kasvokivun hoidossa. Tämänkaltaisten työvoimaresurssien hyödyntäminen ja ylläpitäminen vaativat erityistarkastelua. Kirurgia Suomessa 2020-luvulla raportin mukaan yliopistosairaaloiden ohjauksen tulee sisältää myös lääkäri työvoiman liikkuvuuteen liittyviä valtuuksia. Pelkkä koordinoiva rooli ei raportin laatijoiden mukaan tule riittämään uudistuksen läpiviemiseen (28).

Suun terveydenhuollon ongelmia ovat puutteellisesti toimivat hoitoketjut, erikoishoidon vaihteleva saatavuus ja väestön suuret sosio-ekonomiset erot sekä sairastuvuudessa että palveluiden käyttömahdollisuuksissa. Suun terveydenhuollon erityispiirteenä on lisäksi erikoishammaslääkäreiden laaja sijoittuminen pelkästään yksityissektorille, mikä eroaa merkittävästi yleislääketieteestä. Erikoissairaanhoidon kannalta merkittävä ongelma on alueellisen peruserikoissairaanhoidon palvelujen puute. Perusterveydenhuollon kehittyneiden palvelujen puute ohjaa hoidon kysyntää huonosti resursoituun erikoissairaanhoitoon, myös hoitoaiheissa, jotka eivät välttämättä täytä sisäänoton perusteita (27). Toisaalta, nykyisten keskussairaalayksiköiden suppea erikoisalakirjo ei myöskään mahdollista kaikilla nykyisillä erikoissairaanhoidon tehtäväalueilla laadukasta hoitoa ja yhteneväistä hoidon saatavuutta. Voidaankin todeta, että suun terveydenhuollossa on rakenteellinen ongelma, joka kuormittaa pieniä aliresursoituja erikoissairaanhoidon sairaalayksiköitä takaamatta silti yhteneväistä hoidon saatavuutta koko väestölle. Hoitoketjujen toimivuuden tehostamiseksi ja yhteneväisen saatavuuden parantamiseksi ehdotamme:

Yliopistosairaaloille annetaan aiempaa laajemmat valtuudet yhteistyösopimuksen puitteissa suunnitella, järjestää ja valvoa yhteistyöalueen työnjakoa. Yliopistosairaaloiden virkaresurssit tarkastellaan huomioiden 2020-luvulla lisääntyvä erikoishammaslääkäriskoulutuksen tarve ja erikoishammaslääkäreiden nopea eläkkeelle siirtyminen, väestön muuttoliike sekä hoidon keskittämistarpeet.

Muihin laajan päivityksen sairaaloihin keskitetään hammaslääketieteen erikoisaloja siten, että suunniteltu ympärivuorokautisen päivityksen toteutus, kiireettömän vaativan hoidon keskittäminen ja aiempaa laajempi erikoistumis- koulutus ovat mahdollisia. Riittävän erikoisalakesittymän aikaansaamista voidaan helpottaa keskittämällä erikoistumiskoulutuksen yliopistosairaala-jakson ulkopuolista koulutusta aiempaa enemmän laajan päivityksen sairaaloihin. Koulutuskysymys on koko suun terveydenhuollon erikoishoidon kehittämisen avainkysymyksiä. Ilman erikoistuvia hammaslääkäreitä keskussairaaloiden lisäresursointi ja useiden erikoisalojen keskittymien luominen ei ole mahdollista. Suunnitellut avaukset erikoistumiskoulutuksen osien siirtämiseksi yksityiseen terveystaloustalouteen eivät ole palvelujärjestelmän näkökulmasta toivottavia, koska ne vaikuttavat vaativan erikoishoidon kehittämishankkeita heikentävästi.

Muiden nykyisten keskussairaaloiden kehittämistä on jatkettava siten, että niissä olisivat edustettuina kaikki hammaslääketieteelliset kliiniset erikoisalajat monialaisen hoidon mahdollistamiseksi (vähintään suu- ja leukakirurgia, kliininen hammashoito, oikomishoito). Keskussairaalat ohjaavat ja valvovat alueellista erikoishoidon saatavuutta ja toteutumista yhdessä yliopistosairaalan kanssa. Suurimpiin alueellisiin keskussairaaloihin on sijoitettava erikoishammaslääkärinkoulutusjaksoja kouluttajaresurssien mukaan. Hallitusohjelman alueuudistuksen linjausten mukaisesti erityisosaamista vaativia erikoissairaanhoidon tehtäviä kootaan isompiin yksiköihin, tinkimättä kuitenkaan lähipalveluista. Suun terveydenhuollon kohdalla tämä tarkoittaa maakunnallisten resurssien uudelleen järjestelyä. Keskussairaaloiden henkilöstöä ja toimintaedellytyksiä on vahvistettava ylläkuvatusti ja samanaikaisesti nykyiset julkisen perusterveydenhuollon erikoishammaslääkäriresurssit on järjestettävä uudelleen riittävän maakunnallisen peruserikoissairaanhoidon muodostamiseksi. Yliopistosairaaloilla tulee olla alueellista toimintaa koordinoiva rooli yhteistyöalueilla.

Suurten kaupunkien yhteydessä toimivat erikoishoidon yksiköt, joita on perustettu pääkaupunkiseudulle, Ouluun ja Tampereelle, ovat osoittaneet toimivuutensa väestörikkailta alueilla. Näiden perustaminen suun perusterveydenhuollon palveluun, mutta yhteistyöhön yliopistosairaaloiden erikoissairaanhoidon, on tarpeellista. Yksiköiden perustamista ja kehittämistä tulee jatkaa suurimpien keskuskaupunkien alueilla. Perusterveydenhuollon erikoishoitoyksiköiden ja sairaaloiden välinen laajempi kokonaisuus ei ole mahdollista ilman erikoishammaslääkärityövoiman alueellista uudelleen järjestelyä. Harvaan asutuilla alueilla perusterveydenhuollon erikoishammaslääkärin resurssien kohdentaminen keskussairaalayksiköiden yhteyteen tuottanee parhaan kustannus- ja synergiahyödyn. Tämän kaltaisia hankkeita on Suomessa käynnissä jo useita. Yksityissektorin erikoishammaslääkäriresursseja voidaan saada käyttöön erikoishoidon yksikön kautta. Yksityisen sektorin erikoishammaslääkäripalvelujen hyödyntäminen peruserikoissairaanhoidon palvelujen kehittämisessä on välttämätöntä myös lähivuosien työvoimapulan ehkäisemiseksi. Tämä rakenteiden vahvistaminen voidaan tehdä kohdennetusti erilaisilla palvelusopimusratkaisuilla.

Tietojärjestelmien yhdenmukaistaminen ja sähköisten palvelujärjestelmien kehittäminen on keskeinen kehittämishanke palveluketjujen tehostamiseksi.

## 9. ESITYKSEN VAIKUTUKSEN ARVIOINTI

Suun terveydenhuollon ja yleislääketieteen linjaukset näyttävät olevan toistensa kaltaisia hoitojen järjestämisen ja siihen liittyvän keskittämistarpeen kannalta. Esityksen mukaan yhteistyöalueille tulisi nykyistä selvästi enemmän valtaa alueensa erikoissairaanhoidon järjestämiseksi. Erikoissairaanhoidon täydentää toimivaa perusterveydenhuoltoa ja kummankin toimintaa edellytykset täyttyvät vain, jos molemmat toimivat hyvin ja joustavasti. Suun terveydenhuollon porrastuksen selventämiseksi yliopistosairaaloitten yhteyteen tulee perustaa erikoishoidon yksikkö, joka toimii sellaisten potilaiden hoitopaikkana, jotka tarvitsevat erikoishoitoa, mutta eivät sairaalatasoista hoitoa. Nämä yksiköt toimivat perusterveydenhuollossa, mutta tiiviissä yhteydessä erikoissairaanhoidon. Näiden kautta voidaan suun terveydenhuollon vahvan yksityissektorin erikoishammaslääkärit kytkeä julkisen terveydenhuollon piiriin, jos niin tahdotaan. Tällaisia yksiköitä toimii tällä hetkellä Helsingin alueella, Tampereella ja Oulussa. Näin ollen uudet yksiköt tarvitaan Turun ja Kuopion alueille. Sosiaali- ja terveystieteiden uudelleen järjestelyjen yhteydessä perustaminen olisi mahdollista.

Suomen sairaaloissa suun terveydenhuolto on varsin vähäisten voimavarojen varassa. Suusairauksien poliklinikat perustettiin keskussairaaloihin asetuksen perusteella 1980-luvulla ja niiden henkilöstö on suurimmalta osaltaan kirurgivetoista. Nykyisten hoitotarpeiden osalta tämä on riittämätöntä ja keskussairaaloihin tarvitaankin eri osa-alueiden erikoishammaslääkäreitä luomaan monialaisia hoitoryhmiä. Poliklinikoiden lukujen valossa kysyntä ja hoidon tarve on ripeästi kasvavaa, lähetemäärät kasvavat vuosittain yli kymmenen prosenttia. Lisäksi lähetteen määrä näyttää riippuvan erikoisaloiden tarjonnasta, mikä viittaa siihen, että piilevää kysyntää on runsaasti, eivätkä potilaat aina saa tarvitsemaansa hoitoa. Esityksen mukaan keskussairaaloitten poliklinikoita vahvistetaan siten, että sairaaloissa olisi riittävästi klinisten alojen erikoisaloiden palveluita saatavissa. Tämä lisää potilaiden hoitoon pääsyä ja tasa-arvoista kohtelua Suomessa.

Yliopistosairaaloitten rooli tulee vahvistumaan hoitojen keskittyessä ja niiden henkilöstöresursseista on huolehdittava. Yliopistosairaaloilla on myös palveluiden ja hoitojen kehittämisvastuu ja tutkimusvastuu yliopistojen rinnalla, mikä on jäänyt hyvin pienelle huomiolle resurssipulan vuoksi. Erikoistumiskoulutusta on lisättävä lähivuosikymmenen aikana merkittävästi työvoiman varmistamiseksi vaativassa erikoissairaanhoidossa.

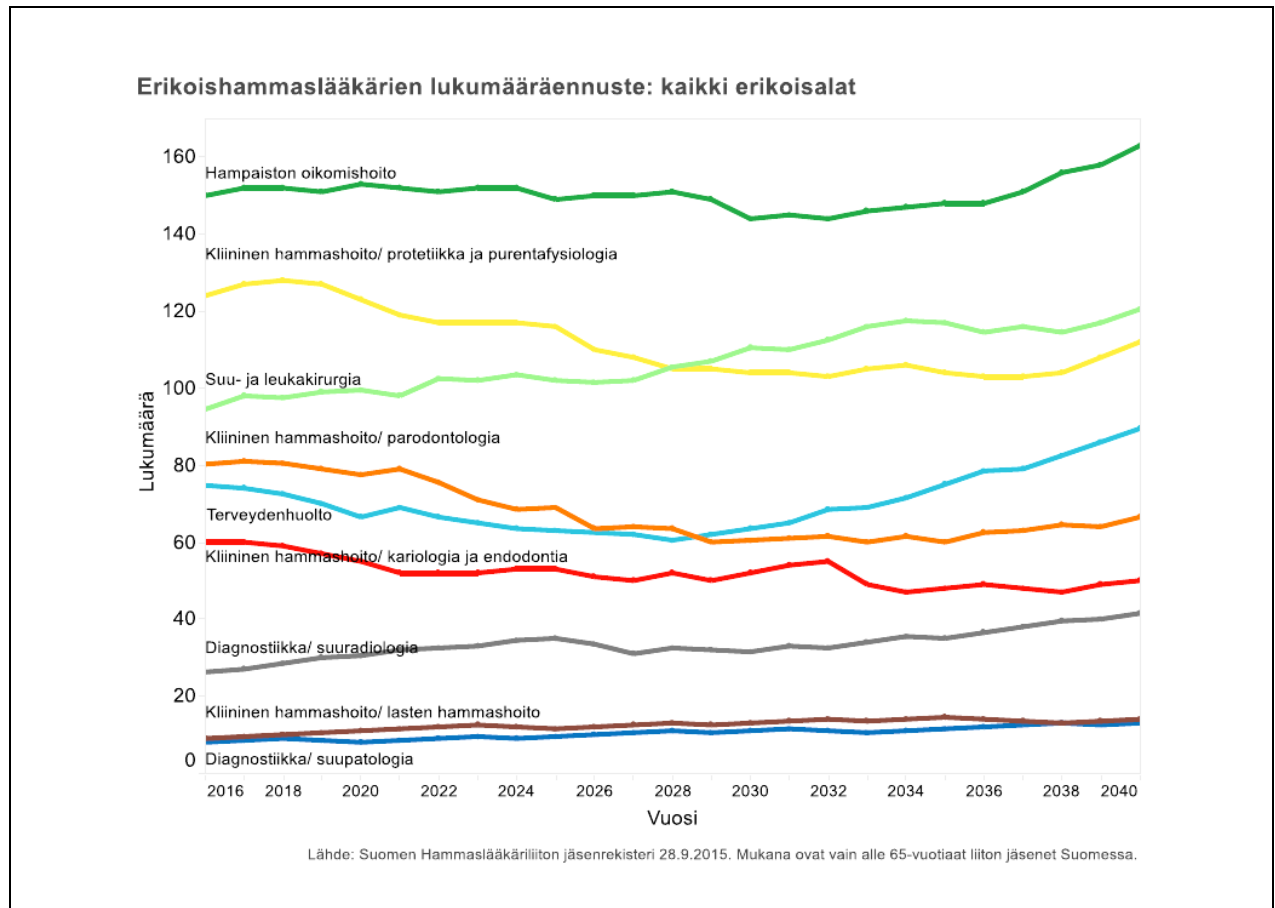
Maakunnille ja yhteistyöalueille tulee Sosiaali- ja Terveysministeriön rinnalle seurantavastuu alueensa terveydenhuollon järjestämisestä, toimivuudesta ja laadusta. Tähän erikoissairaanhoidon seurantaan tulee liittää perusterveydenhuollon toimivuuden arviointi esityksen periaatteiden mukaisesti.

## 10. LÄHTEET

1. Tuoko keskittäminen laatua? Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Konsensuslausuma 22.1.2003.
2. Hammaslääkäriliitto 2016. [www.hammaslaakariliitto.fi/](http://www.hammaslaakariliitto.fi/)
3. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016112930016>
4. Kansaneläkelaitos. Hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset 2015.
5. Rellmann J. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030. Sosiaali - ja Terveysministeriö 2016.
6. Sosiaali - ja Terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:62. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallinen toimenpideohjelma vuosille 2017 - 2019. Sosiaali - ja Terveysministeriö, 2016.
7. Koivumäki J., Hammaslääkäriliitto. Henkilökohtainen tiedonanto.
8. Juutinen M., Kuntatyönantajat. Sairaalahammaslääkäreiden määrä ja erikoisalakohtainen jakauma vuonna 2015. Henkilökohtainen tiedonanto
9. Forss H, Eerola A, Koivumäki J. Erikoishammaslääkäripalvelujen tarve hammaslääkärin arvioimana. Hammaslääkäriliitto. Tutkimusraportti, 2013.
10. Sosiaali - ja Terveysministeriö. Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä. Asettamispäätös STM010:00/2015.
11. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa – tilasto 2016.
12. Ruokonen H, Soukka T, Peltomäki T, Kellokoski J, Sundquist K, Panula K. Henkilökohtainen tiedonanto.
13. Suun terveyttä koko väestölle 2013. Liite 2. Sosiaali - ja Terveysministeriö, Helsinki 2013.
14. Oikeusasiamiehen lausunto 2106/4/11.
15. Luoma K, Rätty T, Moisio A, Parkkinen P, Vaarama M, Mäkinen E. Seniori-Suomi. Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset. Sitran raportteja. Helsinki, 2003.
16. Diabetes. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäriliiton ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki, Lääkäriseura Duodecim, 2016. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
17. Muistisairaudet. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki, Lääkäriseura Duodecim, 2016. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
18. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. Kansansairaudet. [www.thl.fi](http://www.thl.fi), 2016.
19. Suomen Syöpärekisteri. [www.syoparekisteri.fi](http://www.syoparekisteri.fi), 2016.
20. Uitto V-J, Nylund K, Pussinen P. Suun mikrobien yhteys yleisterveysteen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2012; 128(12): 1232-7.
21. Meurman JH, Hämäläinen P. Oral health and morbidity – implications of oral infections on the elderly. Review. Gerodontology 2006; 23(1): 3-16.
22. Kontio R. HUS 2016. Henkilökohtainen tiedonanto.
23. Happonen Risto-Pekka. TYKS 2016. Henkilökohtainen tiedonanto.
24. Sundquist Kaj. OYS 2016. Henkilökohtainen tiedonanto.
25. Kellokoski Jari. KYS 2016. Henkilökohtainen tiedonanto.
26. Penttinen Jorma KYS 2016. Henkilökohtainen tiedonanto.
27. Yhtenäiset Kiireettömän Hoidon Perusteet 2010, 2.painos. Sosiaali - ja Terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3520-4>
28. Haapiainen R, Virolainen P. Kirurgia Suomessa 2020-luvulla. Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet. Sosiaali - ja Terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:56. Helsinki.

## 11. LIITTEET

### LIITE 1. Ennuste erikoishammaslääkärrien määrästä erikoisaloit- tain vuoteen 2030



(lähde: Hammaslääkäriliitto 2015)

**LIITE 2. Sairaaloiden ja terveyskeskusten erikoishammaslääkärit ERVA-alueittain ja väestömäärään suhteutettuna vuonna 2015**

ERVA-ALUEET	Erikoishammaslääkärit* sairaaloissa	Erikoishammaslääkärit* terveyskeskuksissa	Yhteensä	Asukkaita sairaanhoitopiirissä	Asukasmäärä per erikoishammaslääkäri/asukasmäärä per sairaalahammaslääkäri
<b>HYKS ERVA</b>	39	74,7 (16,2)**	113,7	1 919 254	<b>16 880/49211</b>
<b>TYKS ERVA</b>	30,2	30,0 (7)	60,2	870 541	<b>14 461/29018</b>
<b>TAYS ERVA</b>	28,2	38,0 (4)	66,2	1 111 487	<b>16 790/39695</b>
<b>KYS ERVA</b>	41,2	28,7 (5,2)	69,9	815 093	<b>11 661/19880</b>
<b>OYS ERVA</b>	33,0	23,0 (2)	56,0	741 950	<b>13 249/22483</b>

\*Sisältää myös erikoistuvien hammaslääkäreiden vakanssit

\*\*Suluissa terveydenhuollon erikoishammaslääkäreiden vakanssimäärä, jota ei ole huomioitu klinisten erikoisaloiden virkamäärissä, eikä suhdetuvuudessa.

(lähteet: Kuntatyönantajat, Tilastokeskus, Hammaslääkäriliitto)

**LIITE 3. Sairaaloiden erikoishammaslääkäreiden ja erikoislääkäreiden virkamäärät erikoisaloittain vuonna 2015**

Erikoisala	Virkamäärä	Virkojen % - osuus
Suu- ja leukakirurgia*	82,3	45,1
Kliininen hammashoito	52,2	28,8
Oikomishoito	27,6	15,1
Erikoisalaan sitomaton	12,0	6,6
Diagnostiikka	6,9	3,6
Terveydenhuolto	1,6	0,8
Yhteensä	182,6**	100,0

(lähde: Kuntatyönantajat)

\* Sisältää leukakirurgian erikoislääkärit, joita vuonna 2015 oli Kuntatyönantajan ilmoituksen mukaan 11.

\*\* Sisältää noin 40 erikoistuvan hammaslääkäriin vakanssia

**LIITE 4. Erikoishammaslääkärien määrä suhteutettuna sairaanhoitopiirien väestömäärään**

<b>Väestösuhde</b>			
Sairaanhoitopiiri	Ehl lkm	Väestömäärä	Väestö per ehl
Etelä-Karjalan SHP	6	132 252	22 042
Etelä-Pohjanmaan SHP	9	198 831	22 092
Etelä-Savon SHP	6	104 407	17 401
Helsingin ja Uudenmaan SHP	219	1 581 450	7 221
Itä-Savon SHP	3	44 444	14 814
Kainuun SHP	7	76 782	10 968
Kanta-Hämeen SHP	9	175 481	19 497
Keski-Pohjanmaan SHP	4	78 284	19 571
Keski-Suomen SHP	19	233 412	12 284
Kymenlaakson SHP	10	173 864	17 386
Lapin SHP	4	118 314	29 578
Länsi-Pohjan SHP	2	64 200	32 100
Pirkanmaan SHP	42	521 540	12 417
Pohjois-Karjalan SHP	4	169 112	42 278
Pohjois-Pohjanmaan SHP	91	403 555	4 434
Pohjois-Savon SHP	40	248 317	6 207
Päijät-Hämeen SHP	14	213 428	15 244
Satakunnan SHP	11	218 623	19 874
Vaasan SHP	13	168 848	12 988
Varsinais-Suomen SHP	92	474 095	5 153

(lähde: Rellman (4))



**LIITE 5. Kiireettömään hoitoon pääsy suu- ja leukasairauksien erikoissairaanhoidossa 31.8.2016**

Arviointiperuste	Lähetteiden määrä
Lähetteen käsittely yli 21 vrk	183
Hoidon tarpeen arvion odotus yli 90 vrk	55
Hoitoa yli 90 vrk odottaneet	494
Hoitoa yli 180 vrk odottaneet	42
Hoitoa odottavat, kokonaismäärä	1909

**Käsitteet:**

Lähetteen käsittelyaika:

Aika joka kuluu lähetteen saapumisesta sen käsittelypäivään erikoissairaanhoidon yksikössä. Käsittelypäivä on se päivä, jolloin lääkäri ottaa kantaa lähetteeseen ja tekee suunnitelman jatkotoimista. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta ja toteutettava kolmessa kuukaudessa.

Hoidon tarpeen arvioinnin odotus:

Potilas odottaa hoidon tarpeen arviointia, jossa selvitetään sairauden oireet, niiden vaikeusaste, tarvittavat lisätutkimukset sekä kiireellisyys lähetteen perusteella.

Hoidon odotus:

Tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä tai aloitettava kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteutamisesta.

lähde: [www.thl.fi/tilastot/hoitoonpääsyerikoissairaanhoidossa](http://www.thl.fi/tilastot/hoitoonpääsyerikoissairaanhoidossa)

**LIITE 6. Konki K, Laine J. Webropol - kysely keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien yksiköiden esimiehille**

Kysely tehtiin joulukuussa 2016 esiselvityksen tueksi. Kyselyssä selvitettiin yksiköiden virkamääriä, hoitoketjujen toimivuutta, hoidon alueellista saatavuutta ja vuosittaisia potilasmääriä eräissä erikoissairaanhoidon keskeisissä potilasryhmissä. Kyselyyn vastasi 14 ylihammaslääkärinä/-lääkärinä.

Ohessa on yhteenveto kyselyn tuloksista.

**Erikoissairaanhoidon toteutumisen ongelmat vastanneiden näkökulmasta**

- Virkaressurssit eivät ole seuranneet lähetemäärien kasvua. Erityisesti kaivataan erikoishammaslääkäriskoulutuksen lisäystä ja koulutettavien sijoittamista keskussairaaloihin. Erikoishammaslääkäreiden eläkkeelle siirtyminen 2020-luvulla vaikeuttaa entisestäänkin huonoa erikoishoidon tarjontaa.
- Harvaan asutuilla alueilla keskussairaala on usein ainoa erikoishoidon palvelupiste. Keskussairaalan toiminta voi olla jopa yhden viranhaltijan varassa.
- Peruserikoissairaanhoidon puuttuminen rapauttaa erikoissairaanhoidon palveluja ja hoitoketjut katkeavat. Perusterveydenhuollossa on potilasryhmiä, joiden hoito on kokonaan järjestämättä lähes kaikkialla, esimerkkinä voimakkaasti lisääntynyt pelkopotilaiden nukutushammashoidon tarve, joka ei kuulu erikoissairaanhoidon, mutta johon liittyviä lähetteitä erikoissairaanhoidon yksiköt saavat yhä lisääntyvässä määrin.
- Suurimmat hoitoviiveet erikoissairaanhoidossa esiintyvät lastenhammashoidon ja protetiikan ja purentafysiologian erikoisaloilla, mutta alueellisesti myös ortodontian palveluja hoidetaan ostopalveluilla.

### Kyselyn tekijöiden huomiot

- Hoitotakuun noudattaminen onnistuu lähes kaikissa yksiköissä. Sähköiset läheteketjut eivät toimi joitakin yksittäisiä alueita lukuun ottamatta.
- Vain yliopistollisissa sairaaloissa ja joissakin suurimmissa keskussairaala- yksiköissä toimii monialainen erikoishoidon ryhmä. Virkojen täyttöaste on vastanneissa yksiköissä hyvä.
- Erikoissairaanhoidon potilasmääriä eri hoitoindikaatioissa tarkasteltaessa voidaan todeta, että
  - o Potilasmäärät monissa sairaaloissa jäivät hyvin pieniksi, jopa muutamaan potilaaseen vuositason. Esi-merkkeinä voidaan mainita leukaniveltoimenpiteet, syöpähoidon jälkitilat, vaativa leuka- ja kasvoprotetiikka sekä vaativien kehityksellisten häiriöiden hoito.
  - o Joissakin tavallisimmassa hoitoaiheissa, esimerkiksi ortognaattis-kirurgisessa hoidossa, väestöön suhteutettujen toimenpiteiden määrissä oli sairaanhoitopirien välillä suuria, jopa kolminkertaisia eroja.

## **LIITE 7. Kannanotto erikoishammashoidon keskittämiseen Suomessa**

### **KLIININEN HAMMASHOITO**

Erikoishammaslääketieteellä tarkoitetaan suu- ja leukakirurgian, kliinisen hammashoidon, hampaiston oikomisopin sekä hammaslääketieteellisen diagnostiikan erikoisaloja. Tässä kannanotossa käsitellään vain kliinisen hammashoidon erikoisalan keskittämistä. Kliinisen hammashoidon erikoisalaan kuuluvat protetiikka ja purentafysiologia, parodontologia, kariologia ja endodontia, pedodontia sekä suupatologia.

Hoidon keskittäminen voi olla tarpeellista tapausten harvalukuisuuden tai monialaisen, useita hammaslääketieteen tai lääketieteen erikoisaloja vaativan hoidon vuoksi. Kliinisen hammashoidon keskittäminen voi olla myös perusteltua muiden erikoisalojen suu- ja leukakirurgian tai ortodontian keskittämistarpeesta. Hoitoa keskitettäessä huolehditaan tarkoituksenmukaisesta hoidon porrastuksesta hoitokokonaisuuksien sisällä.

Erikoishammashoidossa keskussairaaloiden valmius hoitaa suu- ja leukasairauksia vaihtelee erikoishammaslääkäriavainsseista riippuen. Osassa keskussairaaloita vakansseja on vain suu- ja leukakirurgiassa ja ortodontiassa, osassa keskussairaaloita ovat lähes kaikki hammaslääketieteen suppeat erikoisalat edustettuina. Tämä vaikuttaa merkittävästi keskittämistarpeeseen ja keskitämisestä olisikin tärkeää sopia alueellisen neuvottelukunnan toimesta nykyisillä erityisvastuualueilla.

Ehdotamme alla olevaa linjausta erikoishammashoidon keskittämiseksi Suomessa. Pedodontian osalta linjaukset perustuvat Hammaslääkäri-seura Apollonian lastenhammashoidon jaoston suosituksiin ja liitteenä on lisäksi sairaalassa toimivien lasten hammashoidon erikoishammaslääkärien kannanotto keskittämiseen.

### **Keskittäminen yhteen yliopistosairaalaan (HUS)**

Huuli- suulakihalkioiden hoito kasvun aikana; perushammashoito alueellisesti (eriävä mielipide OYS)

Elinsiirtoa odottavien potilaiden hammashoidon suunnittelu ja saneeraus  
Erittäin harvinaisten kasvodeformiteettien ja syndroomien hoidon suunnittelu ja toteutus kirurgisten hoitovaiheiden yhteydessä

Hammas- ja suusairauksien hoito lasten synnynnäisten sydänsairauksien hoidon, elinsiirtojen ja hematologisten kantasolusiirtojen yhteydessä

### **Keskittäminen vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan**

Kasvoproteesihoito

## Keskittäminen viiteen yliopistosairaalaan

Suusyöpäpotilaan purennan kuntoutus erityisesti tilanteissa, joissa hoito liittyy monialaisen lääketieteellisen hoidon toteutukseen tai osin toteutetaan syöpähoitojakson aikana (esimerkiksi mikrovaskulaariset siirteet, implanttihoito syöpäkirurgisen hoidon yhteydessä).

Leukanivelen tulehdukselliset tilat ja vaikeiden traumojen jälkitilat, joissa tarvitaan leukanivelproteesia. Purentafysiologisen primaarihoidon ohjaus ja toteutus kirurgisen hoitoyksikön toimesta

Purennan kuntoutus seuraavien vaativien kehityksellisten häiriöiden hoidon yhteydessä

Halkiopotilaiden hoito kasvuiän jälkeen, jos hoitoon liittyy halioalueen vaativa, implanttihoitoa edeltävä, kirurginen rekonstruktio

Ektodermaalisen dysplasian ja non-syndromaattisen, erittäin laaja-alaisen oligodontian aiheuttamat synnynnäiset hampaistonpuutokset

Purennan kuntoutus harvinaisten syndroomien yhteydessä pääsääntöisesti

Amelogenesis imperfectan ja muiden harvinaisten hampaiden kovakudosten kehityksellisten häiriöiden diagnostiikka, hoidon suunnittelu ja tarvittaessa hoidon toteutus

Laajojen kasvo - ja leukavammojen jälkitilat, jotka vaativat useiden hammas- ja lääketieteen alojen yhteistyötä ja monivaiheista rekonstruktivista suu- ja leukakirurgiaa

Vaikeiden leukaniveliä vaurioittavien sairauksien hoidon diagnostiikka ja tarvittaessa hoidon toteutus

Hoitoresistentit ja harvinaiset suun limakalvosairaudet sekä harvinaiset yleissairauksien suuilmentymät

Hampaiston infektiopesäkkeiden hoito ja hampaiston hoidon suunnittelu eräiden perustautien hoidon yhteydessä (esimerkiksi pään ja kaulan alueen korkea-annoksinen sädehoito, kantasolusiirto, vaikea hemofilia)

Mahdollisuus suupatologin konsultaatioon (vaikeissa suun ja leukojen alueen sairauksien diagnostiikassa)

Lasten reumaan liittyvien purennan muutosten diagnostiikka ja tarvittaessa hoito

Lasten syöpäsairauksien aktiivisen hoidon aikainen suu- ja hammassairauksien hoito ja ennaltaehkäisy

Hematologisen kantasolusiirron saaneiden lasten suun sairauksien diagnostiikka ja hoito

Kaltoinkohtelulle altistuneiden lasten suun alueen diagnostiikka, hoito ja seuranta

Lasten elinsiirtopotilaiden hammas- ja suusairauksien hoito ja seuranta

## Laajan päivystyksen keskussairaalat ja muut keskussairaalat

STM:n kiireettömän hoidon sisäänottoperusteiden mukaisesti muiden kuin yllä mainittujen sairauksien ja tautilojen yhteydessä.

Keskussairaaloiden resurssit vaihtelevat huomattavasti, osassa laajan päivystyksen ulkopuolelle jäävistä keskussairaaloista on valmiudet hoitaa samoja potilasryhmiä kuin laajan päivystyksen keskussairaaloissa. Hoidon keskittäminen yliopistosairaalan ja keskussairaaloiden välillä onkin sovittava erityisvastuualueittain ja on osin sidoksissa suu- ja leukakirurgisen hoidon keskittämiskäytäntöihin.

Tämän kannanoton laatimiseen ovat osallistuneet:

Kimmo Suomalainen	Saara Kantola
Ylihammaslääkäri Tampereen yliopistollinen sairaala sairaala	Erikoishammaslääkäri Oulun yliopistollinen
Juhani Laine Ylihammaslääkäri Turun yliopistollinen keskussairaala sairaala	Pauli Mattila Erikoishammaslääkäri Oulun yliopistollinen
Pekka Vatanen Erikoishammaslääkäri kari Kuopion yliopistollinen sairaala kussairaala	Eino Ingnatius Osaston ylihammaslää-  Etelä-Pohjanmaan kes-
Rosita Kantola Ylihammaslääkäri Vaasan Keskussairaala raala	Matti Niemi Ylihammaslääkäri Satakunnan keskussai-
Jari Jokinen Erikoishammaslääkäri	Lisa Grönroos Erikoishammaslääkäri
Keski-Suomen keskussairaala Keskussairaala	Helsingin Yliopistollinen
Mika Kokkonen Erikoishammaslääkäri Kuopion yliopistollinen sairaala	

## **LIITE 8. Sairaalassa toimivien oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden kannanotto erikoissairaanhoidon työnjakoon**

Suomen Hammaslääkäriliiton Erikoissairaanhoidon valiokunta sai 17.10.2016 tehtäväkseen kunkin hammaslääketieteen eri erikoisalojen osalta tehdä yhteenvedon siitä, miten erikoissairaanhoidon sisällä kunkin erikoisalan työnjako tulisi tehdä. Tätä esitystä laadittaessa lähetettiin ensin sähköpostitse kysely aiheesta kaikille erikoishammaslääkäreille, jotka ovat ainakin yhdeksi työpaikakseen ilmoittaneet sairaalan. Vastauksia tuli kiitettävästi. Kaikki vastanneet keskussairaaloiden edustajat toivoivat työnjaon oikomishoidon osalta esh:ssa jatkuvan pääosin ennallaan. Yliopistosairaaloiden edustajien mielipiteet erosivat aluksi toisistaan melko paljon. Jatkokeskustelu aiheesta käytiin ainoastaan yliopistosairaaloiden edustajien kesken. Hampaiston oikomishoidon osalta esitys perustuu siis kaikkien yliopistosairaaloiden oikomishoidosta vastaavien henkilöiden näkemykseen. Yliopistosairaaloiden edustajat olivat: Prof., Ylihml Timo Peltomäki TAYS, Ehl Kirsi Pirilä-Parkkinen OYS, Prof., Ylihml Riitta Pakkala KYS, Ehl Päivi Jääsaari TYKS ja ap.ylihml Tuula Palotie HUS.

### **TYÖNJAKO HAMPAISTON OIKOMISHOIDON OSALTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA**

- Halkiopotilaiden oikomishoidon suunnittelu tehdään potilaan kirurgisesta hoidosta vastaavassa yksikössä.
- Elinsiirtopotilaiden oikomishoidon suunnittelu tehdään yhteistyössä HUS kanssa.
- Hoidon saavutettavuuden vuoksi esh:n tasoista oikomishoitoa tulisi olla tarjolla myös keskussairaaloissa. Erityisesti Pohjois-Suomessa, mutta myös muualla Suomessa, välimatkat yliopistosairaalaan ovat osalla potilaista kohtuuttoman pitkät ottaen huomioon oikomishoitojen pitkän keston ja hoitojen vaatimat käyntimäärät.
- Keskussairaalassa on oltava edustettuna kirurgian, oikomishoidon ja tarvittavat kliinisen hammaslääketieteen erikoisalat (monialainen tiimi). Hoidon porrastuksesta tulisi voida sopia erityisvastuualueiden sisällä ottaen huomioon keskussairaaloiden erilaiset resurssit.
- Vaativat erikoissairaanhoidon kriteerit täyttävien potilaiden oikomishoidon suunnittelut ja seurannat sekä hoitojen koordinoinnit keskitetään yliopistosairaaloihin. Oikomishoito itsessään voi tapahtua myös keskussairaaloissa (edellä mainituin edellytyksin) tai jopa perusterveydenhuollon puolella. Osalla esim. munuaissiirrepotilaista ja reumapotilaista oikomishoidon tarve ei liity itse perussairauteen. Nämä potilaat voidaan hoitaa potilaan kokonaistilanne ja hoidon vaikeusaste huomioiden myös perusterveydenhoidossa. Mikäli ortognaattiskirurgiset leikkaukset keskitetään jatkossa yliopistosairaaloihin, tulisi näiden hoitojen suunnittelu, koordinointi ja seuranta tehdä yliopistosairaaloissa.
- Uniapneakiskohoito on esitetty toteutettavaksi myös keskussairaaloissa. Keskustelua tulisi käydä siitä, pitäisikö esim. vaikeat / keskivaikeat uniapneat hoitaa yliopistosairaaloissa, joissa on parem-

mat konsultaatiomahdollisuudet keuhkolääkäreille, unipuolen tutkijoille, radiologeille yms.

- Erikoistumisjaksoon kuuluva sairaalapalvelu tulisi suorittaa yliopistosairaalassa. Hoitojakson tulisi olla 1,5v (puolet 3 vuoden erikoistumiskoulutuksesta) ja mahdollisuuksien mukaan se tulisi järjestää rinnakkaispalveluna perusterveydenhuollon jakson kanssa (50% / 50%), jolloin erikoistujalla on mahdollisuus seurata pitkäkestoisia hoitoja alusta loppuun.

EHL Jukka Kurimo

TAYS, Suu- ja leukasirauksien pkl



## **LIITE 9. Valiokunnan kartoituspyyntö koskien hammaslääketieteen erikoisalojen toimintoja ja niiden keskittämistä 7.11.16 STM:n kuulemistilasuutta varten**

### **Suurradiologia**

Yliopistosairaaloihin keskitettäneen vaativa tuumori- ja traumakirurgia, hankalien kehityshäiriöiden (esim. halkiopotilaiden hoito) sekä purentavirheiden hoito, korkean riskin potilaiden infektiotokussaneeraukset (tai ainakin niiden ohjeistus) jne. Suurradiologian palvelut linkittyvät näihin toimintoihin ja vaativat suurradiologien työskentelyä yliopistosairaaloissa, mikä onkin jo pitkälti onneksemme tapahtunut.

Yliopistosairaaloiden kliinisen radiologian yksikön suurradiologian kliinisen palvelutoiminnan, hammaslääketieteellisen radiologian perusopetuksen ja erikoiskoulutuksen synergian ja yleisen toimivuuden kannalta erä-alueella luontevin radiologisen diagnostiikan ja kliinisen opetuksen selkeä painotus-alue on yliopistosairaalan kuvantamiskeskus.

Yliopistosairaalan opetus- ja jatkokoulutusvelvoite kuormittaa lisääntyvässä määrin myös erikoissairaanhoidon viroissa sairaalatyötä tekeviä alan erikoishammaslääkäreitä.

Myös ”laajan päivystyksen omaavien sairaaloiden” kuvantamisyksiköissä suurradiologian erityisosaamisen tarvetta, kaikkea kuvantamiseen liittyvää osaamista ei voida korvata alueellisen etäpalvelun muodossa.

Edellä mainittuun perustuen on lisäresurssoinnin tarve, sekä erikoishammaslääkärikoulutuksen että valmiiden erikoishammaslääkäreiden vakanssien sijoittamisen hammaslääketieteellisen radiologian /suurradiologian osalla, painottuen kuitenkin yliopistosairaalan kuvantamiskeskukseen.

Mielestämme laajan päivystyksen sairaaloiden radiologian yksiköissä tulisi palvelujen laadun ja tasapuolisen saatavuuden huomioiden olla hammaslääketieteellisen radiologian erikoishammaslääkäreitä väestöpohjaan ja sairaalan kuvantamisen palvelutoiminnan laajuuteen mitoitettu määrä.

Erikoishammaslääkäreitä ja erikoishammaslääkärikoulutusta tarvitaan lisää.

Erikoistuneiden hammaslääkäreiden, erikoistumisvakanssien kohdentamisessa erikoisaloittain, alueellisessa sijoittumisessa ja hakumenettelyssä tulisi pystyä jatkossa huomioimaan paremmin maamme alueelliset tarpeet, hammaspaallisen väestön eliniän ennuste ja vaativien suusairauksien lisääntyvä eri diagnostisten erikoisalojen vakanssien arvioitu tarve.

Erikoishammaslääkäri Heidi Helin, Dentalia Hammasröntgen, Kuvantaminen, TYKS

EHL Jorma Järnstedt, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Kuvantamiskeskus, S-röntgen TAYS, radiologia

Ylihammaslääkäri Soili Kallio-Pulkkinen, Kuvantaminen/Hamsu-rtg, OYS

Osastonylihammaslääkäri Anni Suomalainen, HUS-Kuvantaminen, Kirurginen sairaala, HUS

Erikoishammaslääkäri Jyrki Tervaniemi, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, KYS-kuvantamiskeskus/ C4201, KYS

Erikoishammaslääkäri Veli Matti Vartiainen, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, KYS-kuvantamiskeskus/ C4201, KYS

## LIITE 10. Suomen Suu- ja leukakirurgiyhdistyksen kannanotto erikoissairaanhoidon työnjakoon



13.9.2016 Suomen suu- ja leukakirurgiyhdistyksen kannanotto valtioneuvoston asetukseen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Olemme perehtyneet

1. Hus erikoishammaslääketiede keskitettävät hoidot muistioon
2. Hus suu- ja leukakirurgia keskitettävät hoidot muistioon
3. Leukakirurgiyhdistyksen lausuntoon

Olemme yhtä mieltä siitä, että Suomen väestömäärää huomioiden on kannattavaa keskittää vaativaa erityistason suu- ja leukakirurgisia hoitoa tarvitsevien potilaiden hoito suurempiin keskuksiin. Näin voimme varmistaa korkeatasoista ja kustannustehokasta hoitoa myös harvinaisimpien ja vaativimpien leukojen ja kasvojen sairauksien hoidossa tulevaisuudessa.

1. HUS:ssa on maamme suu- ja leukakirurgian alan huipputaamisyksikkö. Tämä tulee huomioida. Potilaat jotka tarvitsevat erityisen vaativaa huipputaamista tulee keskittää yhteen yksikköön, joka tämän hetken resurssit huomioiden olisi HUS.
2. 5:ssä yliopistosairaalassa on kaikissa korkeantason osaamista. Yliopistosairaaloihin tulisi keskittää päivystystoiminta ja moniammatillista osaamista vaativat laajat ja vaativat suu- ja leukakirurgiset hoitokokonaisuudet, kuten esimerkiksi syöpähoidot sekä vaativa deformiteetti- ja kasvovammakirurgia. Yliopistosairaalassa tulisi tämän lisäksi olla erikoistumiskoulutukseen sopivaa potilasaineistoa.
3. Suomen 15:ssä keskussairaalassa on järjestetty suusairauksien hoitoa. Nämä yksiköt ovat menestyksekkäästi varmistaneet erikoishoidon myös pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Useimmissa yksiköissä on suu- ja leukakirurgi (12), lisäksi kliinisten alojen erikoishammaslääkäreitä. Yksiköissä voidaan jatkossakin kustannustehokkaasti hoitaa suuri määrä suu- ja leukakirurgian alan sairauksia. Hoidon porrastus on kustannustehokasta ja tuo hoidon lähelle potilasta. Yksikön koko tulee kuitenkin olla riittävä, ja kannatamme tiettyä keskittämistä nykyisestä. Yksiköt osallistuvat aktiivisesti erikoishammaslääkärinkoulutukseen, ja niissä on useita kymmeniä erikoistumiskoulutusvirkoja.
4. HUS:n alueella ei ole keskussairaalatasoista hoitoporrasta. Sen sijaan alueella toimii pääkaupunkiseudun kuntien Suun erikoishammas-hoidon poliklininen yksikkö (PKS-SEHYK). Yksikössä toimii 8 suu- ja leukakirurgia. Jos yksikön käytettävissä olisi muutama vuodeosastopaikka, toimintaa voisi tehostaa keskussairaalatasolle.

Asiantuntijamuistiossa on suu- ja leukakirurgia osalta keskussairaala tasolle kaavailtu melko vaatimatonta työnkuvaa. Osa keskussairaaloista ovat kuitenkin pystyneet hoitamaan osaltaan vaativan erityistason hoidoiksi luokiteltuja potilaita, ja siltä osin ei voi olla kansantaloudellisesti kannattavaa supistaa tarpeettomasti toimenkuvaa.

Ketju perus- ja erikoistason hoidon välillä tulee olla saumaton. Tässä yhteydessä keskussairaala tai PKS-SEHYK tasoisella hoidolla on oma tehtävänsä.

Sen sijaan hammasimplanttikirurgia, viittaamme Leukakirurgiyhdistyksen lausuntoon, onnistuu hyvin sairaalaolosuhteiden ulkopuolella.

## LIITE 11. Kommentti erikoissairaanhoidon työnjaon valmisteluun

Keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien yksiköiden ja Suomen Suu- ja Leukakirurgiyhdistys ry:n (SSLY) kannanotto ja muutosehdotus asiassa:

### "Asetusvalmistelu erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä"

Allekirjoittaneet ovat saaneet tiedoksiannon Suomen Hammaslääkäriliiton varatoiminnanjohtaja Anja Eerolalta 7.-8.9.2016, mikä on aiheuttanut suuren kiireen muistiossa mainittujen asioiden kommentoinnissa ennen 15.9.2016 aiottua raportin valmistumista.

- Allekirjoittaneet ovat tutustuneet HUS:n linjaaja Risto Kontion ja ylihammaslääkäri Hellevi Ruokosen sekä varatoiminnanjohtaja Eerolan esityksiin erikoissairaanhoidon työnjaosta. Raportissa esitetään mm. leukanivelkirurgian, ortognaattisen kirurgian, hampaiden perinnöllisten kovakudossairauksien hoidon ja seurannan (amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta, dentiinidysplasia) ja elinsiirtoa odottavien potilaiden hampaiston infektiokussaneerausten keskittämistä joko HUS:iin ja/tai muihin 5 yliopistosairaalaan.
- näiden ehdotusten perusteella allekirjoittaneet toteavat suuren huolensa keskussairaalatason hoidon asemasta, mikäli em. suunnitelmat toteutetaan sellaisinaan.

Haluamme tuoda esiin seuraavat kriittiset näkökulmat:

1. Millä perusteella rajoituksia keskussairaaloiden toiminnan sisältöön ollaan tekemässä: kustannussäästöt? potilaiden saama huonompi hoito verrattuna yliopistosairaaloihin? erikoisalojen yhteistyön puute?
  - jos haetaan kustannussäästöjä, pitäisi näyttää jollain koelaskelmilla, mistä säästöt tulevat
  - jos on kyse potilaiden saamasta huonommasta hoidosta, mihin tilastoihin (esim. potilasvahinkoilmoitukset, hoitotakuun ylittävät hoitoajat jne.) oletus perustuu. Mainittakoon, että esim. Vaasan sairaanhoitopiiri on jo useita vuosia ollut tilastojen kärkipäässä potilasvahinkojen vähäisyydessä. Keskussairaaloissa ei myöskään ole ollut ainakaan suusairauksien osalta mainittavia vaikeuksia hoitotakuiden täyttämisessä
  - ainakin kaikissa 7:ssä sekä Vaasan sairaanhoitopiirissä on jo lähes 30 v. ajan ollut saatavissa monialaista, eri hammaslääketieteen erikoisalojen yhteishoitoja esim. ortognaattisessa kirurgiassa, kipuhoidoissa ja leukanivelsairauksissa. Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirissä on esim. eri erikoisalojen yhteistyötä vaativaa ortognaattista kirurgiaa tehty vuositasolla 40-60, jopa yli 100 potilasta, mikä tuo kyllä erittäin hyvän kokemustason hoitotiimille. Mm. tässä ryhmässä keskittäminen yliopistosairaaloihin ei tuo mitään lisäarvoa. Muistettakoon myös, että kaikissa em. sairaaloissa on myös aktiivista erikoishammaslääkäreiden koulutusta, jolla *jatkuvuutta* ylläpidetään
  - infektiokussaneeraukset ovat niin ikään jo vuosikaudet olleet keskussairaalatason arkipäivää: paitsi elinsiirtopotilaat, myös monien muiden vakavasti sairaiden suu hampaat on tutkittu ja hoidettu (sydänlappäpotilaat, eri elimien syöpäpotilaat, keinoivelpotilaat jne)

2. Ehdotuksen pohjalta keskussairaaloihin jäisivät:

- Sairaalaolosuhteita vaativien yleissairaiden potilaiden suu- ja leukasairauksien diagnostiikka ja hoito
- Vaativa dentoalveolaarikirurgia
- Osteoresorptiivisen lääkityksen aiheuttamien muutosten diagnostiikka ja hoito

Tällaisessa tilanteessa on erittäin suuri riski, että vuosikausia erikoistuneet, kokeneet erikoishammaslääkärit jättävät keskussairaalaklinikat ja siirtyvät yksityis- tai muulle avosektorille, koska heidän osaamiskapasiteettinsa jäisi suurelta osin käyttämättä. On luonnollista, että tällöin keskussairaalapiireissä suusairauksien yksiköiden palvelut (Huom! lähipalvelut) suun erikoissairaanhoidon osalta olennaisesti huonontuisivat

3. Esityksen laatijat (R.K ja H.R) edustavat vain HUS:ia ja lisäksi tri Kontio on hankkinut lausuntonsa pohjaksi vain Leukakirurgiyhdistyksen lausunnon. Kyseinen yhdistys edustaa vain n. 20% Suomen suu- ja leukakirurgeista, joista loput 80% ovat Suomen Suu- ja Leukakirurgiyhdistyksen (SSLY) edustajia. ON ERITTÄIN ERIKOISTA ETTÄ MITÄ SUURIMMASSA MÄÄRIN KOKO MAAHAN VAIKUTTAVASTA ALOITTEESTA EI OLE KYSYTTY SSLY:N KANTAA LAINKAAN. Myöskään keskussairaaloiden tai ilmeisesti ei myöskään muiden yliopistosairaaloiden edustajien kantaa ei ole kuultu lainkaan!

Vakaa uskomme ja toivomme on, että ministeriö ei ole toimeksiannossaan tarkoittanut tällaista keskussairaalatason korkealaatuisen hoidon rajoittamista, vaan haluaa entisestäänkin tukea alueellista, mahdollisimman hyvää lähihoitopalvelua, jota moniammatillisesti ainakin alla mainituissa keskussairaalapiireissä on jo vuosia annettu. Järkevällä resurssien jaolla saamme väestöä parhaiten palvelevat hoidot, tarvittaessa yliopistosairaaloihin tukeutuen.

N. 840.000 asukkaan/potilaan edustajina:

Kari Panula , Vaasan shp  
 Matti Niemi, Satakunnan shp  
 Seppo Niemi, Etelä-Pohjanmaan shp  
 Veikko Tuovinen, Keski-Suomen shp



## **LIITE 12. Erikoishammaslääketieteen kannanotto erikoissairaanhoidon työnjakoon**

30.8.2016

### **ERIKOISHAMMASLÄÄKETIETEEN KANNANOTTO: VALTIONEUVOSTON ASETUKSESTA ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ**

#### **OSAAMISEN KOKOAMINEN**

##### **ERIKOISHAMMASLÄÄKETIEDE**

Erikoishammaslääketieteellä tarkoitetaan suukirurgian, kliinisen hammashoidon, hampaiston oikomisopin sekä hammaslääketieteellisen diagnostiikan erikoisalaja. Kliinisen hammashoidon erikoisalaan kuuluvat parodontologia, kariesoppi ja endodontia, protetiikka ja purentafysiologia sekä lasten hammashoito. Hammaslääketieteellinen diagnostiikka pitää sisällään suurradiologian, suupatologian ja suun mikrobiologian.

Nykyisissä sairaanhoitopiireissä on n.130 kpl erikoishammaslääkärivakansseja ja ne ovat keskittyneet suurimpiin sairaanhoitopiireihin: eniten vakansseja on Helsingin ja Uudenmaan SHP:ssä (29), Pirkanmaan SHP:ssä (16), Pohjois-Pohjanmaan SHP:ssä (25), Pohjois-Savon SHP:ssä (12) ja Varsinais-Suomen SHP:ssä (17) (Suomen Hammaslääkäriliitto 2016, KT Kuntatyönantajat 2014). Pienemmissä sairaanhoitopiireissä vakanssien määrä vaihtelee 1-7 vakanssin välillä.

Hoitokokonaisuuksissa tässä tarkoitetaan moniammatillisena yhteistyönä tehtäviä hoitoja käsittäen edellä mainitut hammaslääketieteen erikoisalat.

##### **OSAAMISEN KOKOAMINEN HYKSIIN**

- Huuli- ja/tai suulakihalkiopotilaiden oikomishoidon diagnostiikka, suunnittelu ja ohjaus ja siihen liittyvä vaativa suun, hampaiden ja niiden kiinnityskudosten hoito sekä purenta- ja rekonstruktio
- Erittäin vaikeaan deformiteettikirurgiaan liittyvä hammaslääketieteellinen hoitokokonaisuus
- Elinsiirtoa odottavien potilaiden hampaiston infektiotokussaneeraus
- Lasten suusairauksien diagnostiikka ja hoito seuraavissa potilas ryhmissä: vaikeat synnynnäiset sydänsairaudet, elinsiirrot, hematologiset kantasolusiirrot

##### **OSAAMISEN KOKOAMINEN <5 YLIOPISTOSAIRAALAAN**

##### **HOITOKOKONAISUUDET**

- Leukanivelproteesikirurgiaan liittyvä suun, hampaiden, kiinnityskudosten ja purennan hoito
- Vaativaan rekonstruktiviseen syöpäkirurgiaan liittyvä suun, hampaiden, kiinnityskudosten ja purennan hoitokokonaisuus

#### **OSAAMISEN KOKOAMINEN 5 YLIOPISTOSAIRAALAAN**

- Vaikeiden hyvänlaatuisten kasvaimien kirurgiseen hoitoon liittyvä suun, hampaiden, kiinnityskudosten ja purennan hoitokokonaisuus
- Vaikean implanttikirurgian jälkeinen hoitokokonaisuus
- Vaikeitten hammastapaturmien jälkeinen hoitokokonaisuus
- Nivelsairauspotilaiden leukaniveliin, purentaan ja kasvoihin liittyvä diagnostiikka ja ortognaattiskirurginen hoitokokonaisuus
- Kaltoinkohtelulle altistuneiden lasten suun alueen diagnostiikka, hoito ja seuranta
- Harvinaisten yleissairauksien suuilmentymien sekä vaikeiden limakalvosairauksien diagnostiikka ja hoito
- Vaikeat hampaiston, kasvojen ja leukojen poikkeavuudet – diagnostiikka ja hoitokokonaisuus
- Syndroomat - hoitokokonaisuus
- Vaikea synnynnäinen vajaahampaisuus (hypodontia, oligodontia) - hoitokokonaisuus
- Hampaiden perinnöllisten kovakudossairauksien hoito ja seuranta
- Muut ortognaattista kirurgiaa tai laajaa moniammatillista yhteistyötä vaativat tilat

#### **OSAAMISEN KOKOAMINEN 12 SAIRAALAAN**

- Vaikeasti yleissairaiden potilaiden hampaiston infektiopesäkkeiden hoito (esim. syöpähoitojen yhteydessä, kantasolusiirron yhteydessä, vaikea hemofilia)
- Obstruktiivista uniapneaa sairastavan potilaan apneakiskohoito
- Vaikeat purentafysiologiset tilat – diagnostiikka ja hoito

Edellä mainittuja potilasryhmiä hoidetaan myös 5 yliopistosairaalassa

#### **YHTEENVETO**

Erikoishammaslääkäreiden määrässä on suurta vaihtelua maamme eri osien välillä. Osittain tästä syystä hammaslääketieteellisen hoidon tarjonta ja potilaan asema on



erilainen eri sairaanhoitopiirien alueella. Osa tarpeellisesta hoidosta jää nyt antamatta ja erikoishammaslääkäreitä on tarpeeseen nähden liian vähän. Kliinisten erikoisalojen osaamista tulee vahvistaa osaamisen kokoamisessa siten, että yhteistyö leukakirurgian kanssa toteutuu ja että kaikkien erikoisalojen hoitoja järjestetään yhtenäisin perustein.

## LIITE 13. Leukakirurgiyhdistyksen lausunto

20.8.2016

Leukakirurgiyhdistyksen lausunto/ Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

### SUU- JA LEUKAKIRURGIA

Leukakirurgiyhdistyksen hallitus on käsitellyt sosiaali- ja terveysministeriön lausuntopyyntöä erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Hallitus on lisäksi pyytänyt kommentteja yliopistollisten keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien klinikoiden ylilääkäreiltä.

Yhdistyksen hallitus tukee pyrkimystä koota yhteen ja porrastaa nyt hajallaan oleva suu- ja leukakirurginen osaaminen ja leikkaustoiminta. Riittävän kirurgi-, ja sairaalakohtaisen leikkausvolyymien saavuttaminen, edellyttää toimintojen keskittämistä ja työnjakoa sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Tarkoitus on saada nyt pirstaleinen järjestelmä yhdeksi kokonaisuudeksi, johon sisältyy järkevä hoidon porrastus.

Suomessa on noin 30 suu- ja leukakirurgian erikoislääkäreitä ja noin 120 hammaslääkäritutkintoon perustuvaa suukirurgian erikoishammaslääkäreitä. Suomessa leukakirurgitiheys on noin 0,6/ 100000 asukasta kohden, kun se Keski-Euroopan alueella on noin 1,5/ 100 000 asukasta kohden (Lindqvist 2010).

Pieni erikoisala, kuten leukakirurgia, aiheuttaa erikoispiirteitä osaamisen yhteenkokoamiseen ja hoidon porrastukseen. Sairaalassa on oltava riittävä suu- ja leukakirurginen osaaminen ja välineistö olemassa olevien hoitovaihtoehtojen optimaalista arviointia ja toteuttamista ajatellen. Kalliita investointeja ja implanttivarastoja vaativat toimenpiteet, kuten leukojen vaativa deformiteettikirurgia, tekonivelkirurgia ja implantteja vaativa kirurgia, tulisi alueellisesti keskittää vain harvoin yksiköihin. Sairaalassa on oltava riittävä potilasvolyymi korkeatasoisen diagnostiikan, hoidon, potilas seurannan ja laadukkaan tutkimustoiminnan takaamiseksi. Yleisesti katsotaan, että leukakirurgisten tyyppileikkauksien määrä pitää olla vuositasolla n. 50-70 / leikkaustyyppi, jotta hoito pystytään pitämään laadukkaana (Pilgård 2006). Lisäksi riittävien muiden toimintojen olemassaolo on huomioitava, kuten päivystys, anestesiologinen tehostettu valvonta ja korkeatasoinen radiologia (CT, MRI, 3D – CAD).

Päivystysasetus muuttui 1.1.2015. Muutoksen myötä PTH suu- ja hammassairauksien päivystys tuli kansallisella tasolla ympärivuorokautiseksi. Päivystys on järjestetty siten, että päiväaikainen päivystys toimii terveyskeskuksissa, ilta- ja viikonloppu suu- ja hammassairauksien päivystys toimii keskitetysti, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla yhteispäivystyksenä Haartamanin sairaalassa. Yöpäivystys on keskitetty yliopistollisten keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien erikoissairaanhoidon päivystyksen yhteyteen.

Suu- ja leukakirurginen toiminta pitää sisällään leukojen ja kasvojen sairauksien, deformiteettien ja vammojen hoidon, taulukko 1 (Directive 2005/36/EC). Suu- ja leukakirurgialle luonteenomaista on pätevystypainotteisuus ja moniammatillinen yhteistyö.

Taulukko 1.

-leukaluiden ja kasvojen traumojen kirurgia rekonstruktioineen -suun ja leukojen hyvän-/ pahanlaatuisten kasvainten kirurgia rekonstruktioineen -leukanivelen sairaudet ja niiden kirurgia -leukojen ja kasvojen deformiteettikorjauksen suunnittelu ja kirurgia -dentoalveolaarinen kirurgia -hammasperäisten infektioiden ja suun limakalvosairauksien hoito -sylkirauhasten sairaudet -tieteellinen tutkimustyö suu- ja leukakirurgian alalla
---

Kasvoluiden murtumia todetaan Suomessa n. 3000 potilasta/ vuodessa (Kontio 2005). Näistä keskimäärin 60% hoidetaan operatiivisesti. Uusia suuontelon syöpiä todetaan vuosittain keskimäärin n. 300 (Grenman 2015). Näistä valtaosa hoidetaan kirurgisesti. Vuosittain noin 50 suomalaista potilasta saa yksilöllisen leukatekonivelen. Yleisin indikaatio leukanivelen endoproteesileikkaukseen on nivelen artroosi tai reuma-artriitti.

Leukakirurgiyhdistyksen hallitus esittää, että suu- ja leukakirurgia porrastetaan ja osaaminen kootaan seuraavasti:

#### Helsingin yliopistollinen keskussairaala

- Kasvojen ja leukojen alueen erittäin vaikea syöpä- ja deformiteettikirurgia, diagnostiikka, suunnittelu ja hoito (esim. kasvonsiirto, tietokonemallinnosta vaativa rekonstruktioinen kirurgia)
- Eliinsiirtoon menevien potilaiden suun ja hampaiston infektiotokussaneeraus

#### Vähemmän kuin 5 yliopistosairaalaa:

- Leukanivelproteesileikkaukset
- Vaativa syöpäkirurgia rekonstruktioineen

#### 5 yliopistosairaalaa:

- Kasvotraumatologinen pätevystys ja PTH hammas- ja suusairauksien yöaikainen pätevystys
- Vaikeiden hyvänlaatuisten kasvainten diagnostiikka ja kirurginen hoito
- Leukanivelkirurgia
- Vaikeat kasvo-, leuka- ja hammastapaturmat
- Kasvojen ja leukojen deformiteettikirurgia
- Vaikea implanttikirurgia

### 7 laajan pätevyyden sairaalaa:

- Ilta-aikainen hammasvammojen ja PTH hammas- ja suusairauksien ilta- ja viikonloppupäätös
- Sairaaloolosuhteita vaativien yleissairaiden potilaiden suu- ja leukasairauksien diagnostiikka ja hoito
- Vaativa dentoalveolaarikirurgia
- Osteoresorptiivisen lääkityksen aiheuttamien muutosten diagnostiikka ja hoito

### Yhteenveto

Yhdistyksen hallituksen näkemyksen perusteella porrastus tulee tapahtua molempiin suuntiin. Porrastettu työnjako edellyttää eräiden nyt keskittämättömien kirurgisten tautien hoitoa vain yliopistollisissa sairaaloissa, eräiden muiden keskittämistä muihin erityisvastuualueen sairaaloihin. Viisi yliopistosairaalaa tulee vastata erityisvastuualueensa toiminnan järjestelyistä, koordinaatiosta, koulutuksesta, laaduntarkkailusta ja hoidon yhtenäisestä tasosta alueensa sisällä. Tämä lisää mahdollisuutta kouluttautumiseen, vertaisarvioon ja laajempaan osaamiseen useassa eri toimipisteessä.

### Kirjallisuutta

Lindqvist et al. Leukakirurgian asema Suomessa Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010;126(6):683-4

Kontio R et al. Have the causes of maxillofacial fractures changed over the last 16 years in Finland? An epidemiological study of 725 fractures. Dent Traumatol. 2005 Feb;21:14-9.

Grenman R. Suusyöpä (kielisöpä, huulisöpä ja suuontelon syöpä). Lääkärikirja Duodecim. 2015 Feb.

DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications

Pilgård G et al Quality managements and work environment in oral and maxillofacial surgery in Sweden. Swed Dent J. 2006;30:117-22.